

**EFEKTIFITAS PENERAPAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK
DALAM MENURUNKAN RESPON CEMAS PADA PASIEN
NSTEMI**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS



OLEH:

PRISKA FIRANDA

NIM: P180739

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN WIYATA HUSADA
SAMARINDA
2019**

**EFEKTIFITAS PENERAPAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK
DALAM MENURUNKAN RESPON CEMAS PADA PASIEN
NSTEMI**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Untuk memenuhi sebagai salah satu syarat untuk memperoleh Profesi Ners
(Ners/Ns)



Disusun Oleh :
PRISKA FIRANDA
NIM : P180739

PROGRAM STUDI PROFESI NRS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN WIYATA HUSADA
SAMARINDA
2019

HALAMAN PENGESAHAN

EFEKTIFITAS PENERAPAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK DALAM
MENURUNKAN RESPON CEMAS PADA PASIEN NSTEMI

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Disusun Oleh:

PRISKA FIRANDA

NIM: P180739

Telah dipertahankan dalam ujian
Pada tanggal 20 Desember 2019

PENGUJI KLINIK

Ns. Arifudin Rivadi, S.Kep
NIP. 19750818.199503.1.003

PENGUJI AKADEMIK

Ns. Chrisven Damanik, S.Kep., M.Kep
NIK. 113072.83.11.023

Mengetahui,

Ketua
STIKES Wiyata Husada Samarinda



Ns. Edy Mulvono, S.Pd., S.Kep., M.Kep
NIK: 113072.74.13.045

Ketua Program Studi
Ilmu Keperawatan
STIKES Wiyata Husada Samarinda

Ns. Rusdi, S.Kep., M.Kep
NIK: 113072.86.13.071

LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN PENULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Priska Firanda
NIM : P180739
Program Studi : Program Studi Profesi Ners STIKES Wiyata
Husada Samarinda
Judul KIAN : Efektifitas Penerapan Komunikasi
Terapeutik Dalam Menurunkan Respon
Cemas Pada Pasien NSTEMI

Menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa KIAN yang saya tulis ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri. Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa KIAN ini adalah hasil karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Samarinda, 20 Desember 2019

Yang membuat pernyataan,

Priska Firanda

NIM : P180739

KATA PENGANTAR

Puji Syukur peneliti panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena berkat Rahmat dan Bimbingan Nya peneliti dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners dengan judul “Efektifitas Penerapan Komunikasi Terapeutik Dalam Menurunkan Respon Cemas Pada Pasien NSTEMI”. Sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan Profesi Ners (Ners/Ns) pada Program Studi Profesi Ners STIKES Wiyata Husada Samarinda tahun akademik 2019 dengan tepat waktu.

Peneliti menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan skripsi ini, sangatlah sulit bagi peneliti untuk menyelesaikan semua proses tepat pada waktunya. Oleh karena itu, perkenankanlah peneliti mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada:

1. Ns. Edy Mulyono, S.Pd., S.Kep., M.Kep., selaku Ketua STIKES Wiyata Husada Samarinda
2. Ns. Rusdi, S.Kep, M.Kep, selaku Ketua Program Studi Profesi Ners STIKES Wiyata Husada Samarinda.
3. Ns. Chrisyen Damanik, S.Kep., M.Kep. selaku pembimbing karya ilmiah yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk mengarahkan peneliti dalam penyusunan tugas akhir ini. Terima kasih atas bimbingan dan ilmu yang telah diberikan.
4. Ns. Elisda Pakpahan, S.Kep selaku pembimbing klinik yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk mengarahkan peneliti dalam penyusunan tugas akhir ini. Terimakasih atas bimbingan dan ilmu yang telah diberikan.
5. Ns. Arifudin Riyadi, S.Kep selaku pembimbing klinik yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk mengarahkan peneliti dalam penyusunan tugas akhir ini. Terimakasih atas bimbingan dan ilmu yang telah diberikan.
6. Ns. Budi Santoso, S.Kep selaku Kepala Ruangan ICCU. Terima kasih atas bimbingan dan ilmu yang telah diberikan sehingga saya boleh menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners ini.

7. Kedua orang tua, papa (Sugito) dan mama (Selfie Pongoh) peneliti ucapkan banyak terima kasih yang sedalam-dalamnya kepada beliau yang selalu mendoakan dan memberikan tenaga, biaya dan dukungan kepada peneliti dalam menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners ini.
8. Profesi Ners angkatan 2018 terkhusus Dugong Family (Merry, Istiqomah, Inarti, Anggraini, Sumiana, Vera, Mai, Hayani, Mustakim, Faisal, Ding, Evan, Zainal, Firman yang selalu ada disaat saya membutuhkan selama satu tahun menjalani profesi Ners.
9. Elyna Liu selaku adik dan sahabat yang selalu membantu dan mendukung saya selama menjalani profesi Ners saya ucapkan terimakasih

Semoga Tuhan Yang Maha Esa membalas kebaikan dan melimpahkan karunia serta rahmat-Nya kepada semua pihak yang telah membantu dan mendukung dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners ini masih terdapat banyak kekurangan sehingga memerlukan banyak perbaikan dan penyempurnaan baik dalam bentuk saran dan kritik yang bersifat membangun. Peneliti berharap Karya Ilmiah Akhir Ners ini dapat di terima sebagai syarat untuk menyelesaikan program studi Profesi Ners STIKES Wiyata Husada Samarinda.

Samarinda, 20 Desember
2019

Peneliti

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PENGESAHAN.....	ii
LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI	vi
DAFTAR TABEL	vii
DAFTAR GRAFIK.....	viii
DAFTAR GAMBAR.....	x
DAFTAR SKEMA	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	2
C. Tujuan Penelitian	3
D. Manfaat Penelitian	3
E. Penelitian Terkait	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	6
A. Anatomi Fisiologi Sistem Kardiovaskuler.....	6
B. Sistem Peredaran Darah	10
C. Konsep Sindrom Koroner Akut (SKA)	12
D. Teori Dan Konsep Kecemasan	22
E. Komunikasi Terapeutik	30
F. Hubungan kecemasan dengan pasien dengan Sindrom Koroner Akut <i>NSTEMI</i>	38
G. Manajemen Asuhan Keperawatan Dengan Pasien Ansietas	39
BAB III LAPORAN KASUS.....	42
A. Pengkajian Keperawatan	42
B. Analisa Data.....	44
C. Diagnosa Keperawatan.....	44
D. Rencana Intervensi,Implementasi Dan Evaluasi Keperawatan	45
E. Rencana Intervensi,Implementasi Dan Evaluasi Inovasi	49
E. Perbandingan Hasil Intervensi.....	53
G. Asuhan Keperawatan Pasien Resume 1.....	54
H. Asuhan Keperawatan Pasien Resume 2.....	58
BAB IV Analisa Situasi.....	64
A. Profil Lahan Praktek	64
B. Analisis Masalah Keperawatan Dengan Masalah Kecemasan	65
C. Analisis Situasi Keperawatan Dengan Konsep.....	68
D. Alternatif Pemecahan Masalah.....	70
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	72
A. Kesimpulan	72
B. Saran	72
DAFTAR PUSTAKA.....	74

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Analisa Data Pasien Kelolaan	44
Tabel 3.2 Hasil pencatatan kualitas tidur sebelum dan sesudah dilakukan tindakan inovatif.	52
Tabel 3.3 Intervensi penggunaan komunikasi terapeutik sebelum dan sesudah intervensi	53
Tabel 3.4 Hasil pencatatan kecemasan pasien resume 1	58
Tabel 3.4 Hasil pencatatan kecemasan pasien resume 2.....	63

DAFTAR GRAFIK

Grafik 3.1 Perbandingan Skor Kecemasan Pasien Kelolaan Dan Resume	53
---	----

DAFTAR GAMBAR

Tabel 2.1 Anatomi Fisiologi Sistem Kardiovaskuler	7
---	---

DAFTAR SKEMA

Skema 2.1 Patofisiologi Cemas.....	27
------------------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Timeline KIAN
- Lampiran 2 : Pengkajian Kasus Kelolaan
- Lampiran 3 : Uji Diagnostik
- Lampiran 4 : Surat Persetujuan
- Lampiran 5 : SOP Komunikasi Terapeutik
- Lampiran 6 : Skala HARS
- Lampiran 7 : Dokumentasi
- Lampiran 8 : Log Book Bimbingan

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit jantung dan pembuluh darah merupakan salah satu masalah kesehatan utama di negara maju maupun negara berkembang. Penyakit ini menjadi penyebab nomor satu kematian di dunia setiap tahunnya. Pada tahun 2008 diperkirakan sebanyak 17,3 juta kematian disebabkan oleh penyakit kardiovaskuler. Lebih dari 3 juta kematian tersebut terjadi sebelum usia 60 tahun. Terjadinya kematian dini yang disebabkan oleh penyakit jantung berkisar sebesar 4% di negara berpenghasilan tinggi, dan 42% terjadi di negara berpenghasilan rendah. Penyakit kardiovaskuler adalah suatu kelainan yang disebabkan oleh terjadinya penyempitan dan hambatan arteri yang mengalirkan darah ke otot jantung, apabila penyempitan ini menjadi parah dapat menimbulkan serangan jantung (Dasna, 2014). Hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2018 menunjukkan bahwa di Indonesia sebesar 1,5% atau 15 dari 1.000 penduduk Indonesia menderita PJK. Jika dilihat dari penyebab kematian tertinggi di Indonesia, menurut Survey Sample Registration System tahun 2014 menunjukkan 12,9% kematian akibat Penyakit Jantung Koroner (Riskesdas 2018).

Berdasarkan data yang di dapatkan selama tiga bulan terakhir di ruang ICCU (Intensive Cardiac Care Unit) di RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda jumlah pasien yang memiliki penyakit jantung koroner NSTEMI (*Non Segmen Elevation Myocardial Infarction*) adalah sebanyak 21 orang. Sindrom koroner akut merupakan bagian dari penyakit jantung koroner dimana yang termasuk dalam SKA adalah suatu keadaan gawat darurat jantung dengan manifestasi klinik berupa perasaan tidak enak didada atau gejala-gejala lain sehingga akibat dari iskemia miokard. Sindrom Koroner Akut adalah istilah untuk tanda-tanda klinis dan gejala iskemia miokard: angina tidak stabil, non ST segmen elevasi infark miokard, dan elevasi ST segmen infark myocard. Sindrom Koroner

Akut merupakan satu dari tiga penyakit pembuluh darah arteri koroner, yaitu: STEMI, non STEMI dan unstable angina pectoris. (mulyadi., 2015).

Komunikasi merupakan suatu proses karena melalui komunikasi seseorang menyampaikan dan mendapatkan respon. Komunikasi dalam hal ini mempunyai dua tujuan, yaitu: mempengaruhi orang lain dan untuk mendapatkan informasi. Akan tetapi, komunikasi dapat digambarkan sebagai komunikasi yang memiliki kegunaan atau berguna (berbagi informasi, pemikiran, perasaan) dan komunikasi yang tidak memiliki kegunaan atau tidak berguna (menghambat/blok penyampaian informasi atau perasaan). Komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang mendorong proses penyembuhan klien (Depkes RI, 1997).

Kecemasan merupakan salah satu emosi yang paling menimbulkan stress yang dirasakan oleh banyak orang. Kadang-kadang kecemasan juga disebut dengan ketakutan atau perasaan gugup. Setiap orang pasti pernah mengalami kecemasan pada saat-saat tertentu, dan dengan tingkat yang berbeda-beda. hal tersebut mungkin saja terjadi karena individu merasa tidak memiliki kemampuan untuk menghadapi hal yang mungkin menyimpannya dikemudian hari. Dalam teori Behavior dijelaskan bahwa kecemasan muncul melalui classical conditioning, artinya seseorang mengembangkan reaksi kecemasan terhadap hal-hal yang telah pernah dialami sebelumnya dan reaksi-reaksi yang telah dipelajari dari pengalamannya (Bellack & Hersen, 1988).

Berdasarkan data dan fenomena yang ditemukan, maka disusunlah Karya Ilmiah Akhir-Ners (KIA-N) ini yang lebih lanjut akan menguraikan pengelolaan dan asuhan keperawatan pasien NSTEMI di ruang ICCU RSUD Abdul Wahab Sjahranie.

B. Rumusan Masalah

Tingginya angka penyakit jantung juga menimbulkan respon cemas pada pasien sehingga perlu penanganan secara farmakologis dan nonfarmakologis, dalam penanganan cemas pada pasien khususnya dengan NSTEMI, diperlukan intervensi kolaborasi dengan efek samping

minimal agar cemas yang dirasakan dapat tertangani tanpa menimbulkan efek merugikan. Intervensi dengan efek samping yang minimal tersebut dapat dilakukan dengan terapi non farmakologi. Salah satu terapi non farmakologi di bidang keperawatan yang dapat dilakukan adalah terapi komunikasi terapeutik dan sentuhan, pertanyaan penelitian ini yaitu “Bagaimanakah efektifitas penerapan komunikasi terapeutik dalam menurunkan respon cemas pada pasien NSTEMI ?

C. Tujuan Penelitian

Penelitian ini memiliki dua tujuan, yaitu tujuan umum dan tujuan khusus :

1. Tujuan Umum

Penulisan Karya Ilmiah Akhir-Ners (KIA-N) ini bertujuan untuk melihat penerapan komunikasi terapeutik dalam menurunkan respon cemas pada pasien NSTEMI.

2. Tujuan Khusus

- a. Melaksanakan asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa NSTEMI
- b. Menerapkan inovasi komunikasi terapeutik sebagai upaya dalam mengurangi kecemasan

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Pasien

Dapat menurunkan kecemasan dan meningkatkan rasa nyaman pasien selama menjalani perawatan

2. Bagi Perawat dan Tenaga Kesehatan

KIA-N ini diharapkan dapat jadi tambahan pengetahuan bagi perawat dalam memberikan intervensi keperawatan pada pasien NSTEMI guna meningkatkan kualitas dan perbaikan kesehatan. Menjadikan salah satu acuan bagi perawat untuk meningkatkan kualitas asuhan keperawatan dengan memberikan intervensi keperawatan yang mandiri khususnya terhadap pasien NSTEMI sehingga diharapkan dapat menurunkan angka komplikasi dan mortalitas.

3. Bagi Peneliti

Hasil karya ilmiah ini dapat menjadi bahan dasar untuk peneliti selanjutnya yang berkaitan dengan asuhan keperawatan pada pasien NSTEMI.

4. Bagi Rumah Sakit

Bahan masukan bagi rumah sakit tentang tindakan pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan NSTEMI sehingga rumah sakit dapat menambahkan dan membuat standar prosedur operasional tentang tindakan-tindakan keperawatan pada pasien NSTEMI.

E. Penelitian Terkait

Berbagai penelitian telah dilakukan untuk mengetahui efektifitas penggunaan intervensi komunikasi terapeutik terhadap kecemasan pada pasien :

1. Zainun et al. (2017). Penelitian yang dilakukan oleh Zainun, Prof. Suwardi Lubis, Prof. Lahmuddin Lubis, dalam penelitiannya yang berjudul “The Use of Therapeutic Communication Symbol to Motivate Patient’s Healing”. Kesimpulan yang diperoleh dari penelitian di atas adalah penelitian dengan menggunakan metode deskriptif pada pendekatan kualitatif yang dimaksudkan dalam disertasi ini untuk menggambarkan secara rinci tentang pelaksanaan komunikasi terapeutik yang dilakukan oleh petugas kesehatan dalam memotivasi penyembuhan pasien di rumah sakit jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem Medan.
2. Sulastri et al. (2019). Penelitian yang dilakukan oleh Sulastri¹, Arif Eko Trilianto dan Yunely Ermaneti, dalam penelitiannya yang berjudul “Pengaruh Komunikasi Terapeutik Perawat terhadap Tingkat Kecemasan pada Pasien Pre Operasi”. Desain yang digunakan adalah *Pra Eksperimen*. Jumlah sampel 28 responden. Pengambilan sampel dengan menggunakan teknik *Quota Sampling*. Pengumpulan data menggunakan *Questioner*. Pengolahan data menggunakan uji T (T-Test). Dari hasil analisa data didapatkan T hitung 7,111 dan T tabel dengan $\alpha = 0,05$ adalah 2,052,

sehingga diperoleh $T_{hitung} 7,111 > T_{tabel} 2,052$, maka H_1 diterima yang artinya ada Pengaruh Komunikasi Terapeutik Perawat Terhadap Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi Di Ruang Bedah RSUD dr. Abdoer Rahem Kabupaten Situbondo. Hal ini dilihat tingkat kecemasan pasien pre operasi yang dipengaruhi oleh komunikasi terapeutik. Sehingga diharapkan setiap responden lebih aktif menanyakan segala sesuatu yang belum diketahui kepada petugas mengenai kecemasan yang terjadi.

3. Patty et al. (2015) Penelitian yang dilakukan oleh Marlen Febiyana Patty, Dewi Kartika Sari dan Yafet Pradikatama, dalam penelitiannya yang berjudul “Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat Terhadap Tingkat Stres Pasien di Ruang Neurologi Rumah Sakit Umum Daerah dr M.Haulussy Ambon” Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode kuantitatif korelasional. Hasil korelasi komunikasi verbal perawat terhadap tingkat stres pasien adalah 0,498 dengan poin signifikan 0,005 ($p < 0,05$). Dan hasil dari komunikasi non verbal perawat korelasi dengan tingkat stres pasien adalah 0,497 dengan poin signifikan 0,005 ($p < 0,05$). Sedangkan hasil korelasi dari uji korelasi antara komunikasi terapeutik perawat terhadap tingkat stres pasien adalah 0,581 dengan titik signifikan 0,001 ($p < 0,05$). Oleh karena itu, H_0 (tidak ada hubungan komunikasi terapeutik dengan tingkat stres pasien) ditolak dan H_1 (Ada hubungan komunikasi terapeutik dengan tingkat stres pasien) diterima. Dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara komunikasi terapeutik perawat terhadap tingkat stres pasien.

BAB II

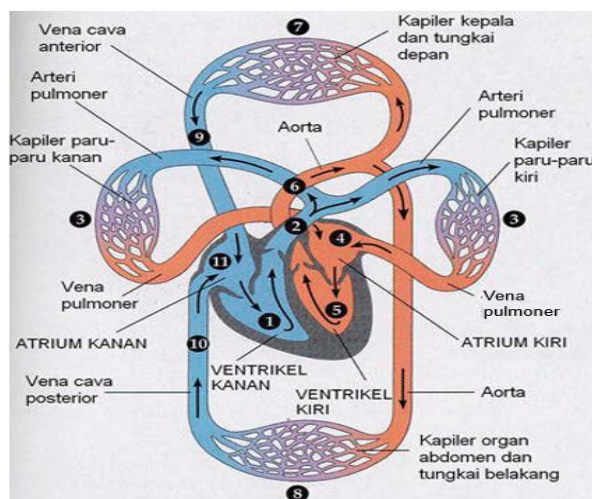
TINJAUAN PUSTAKA

A. Anatomi fisiologi sistem kardiovaskuler

PJK atau juga dikenal dengan istilah *Coronary Artery Disease (CAD)*, terjadi ketika arteri koroner menyempit sehingga aliran darah ke otot jantung menjadi tersumbat. Hal ini bisa terjadi akibat penumpukan kolesterol pada lapisan dalam arteri koroner yang membentuk plak sehingga menyebabkan aliran darah koroner terganggu. Penyebab lain dapat berupa trombosis arteri koroner yang membeku menyumbat aliran darah arteri koroner (Hayes, 1999). *American Heart Association (AHA)*, mendefinisikan PJK atau sering juga disebut penyakit arteri koroner adalah istilah umum untuk penumpukan plak di arteri jantung yang dapat menyebabkan serangan jantung. Profesional bidang kesehatan sering menggunakan kedua istilah ini secara bergantian. “Namun, PJK (CHD) sebenarnya merupakan akibat dari penyakit arteri koroner (CAD)”, menurut Edward Fisher, seorang relawan Asosiasi Jantung Amerika (AHA, 2012). Manifestasi klinik PJK yang paling utama adalah Angina Pektoris Stabil dan Sindrom Koroner Akut (SKA), kemudian SKA sendiri dibagi lagi menjadi 1) angina pektoris tidak stabil, 2) infark miokard akut tanpa ST elevasi atau NSTEMI, 3) infark miokard akut dengan ST elevasi atau STEMI (Muchid., et al., 2006). Demikian juga Persatuan Dokter Spesialis Kardiovaskuler Indonesia/PERKI (2010), mengelompokkan manifestasi klinik PJK seperti halnya tersebut diatas. Sebagian besar SKA merupakan manifestasi akut dari terkoyaknya plak ateroma pembuluh darah koroner, hal ini terjadi akibat perubahan komposisi plak dan penipisan tudung fibrus plak tersebut. Ateroma yang terkoyak tersebut akan mengakibatkan terbentuknya trombus

yang dapat menyumbat pembuluh darah koroner, baik secara total maupun parsial (Tedjakusuma, Karo Karo, Kaunang, Lukito, Tobing, Erwinanto & Yamin, 2010). *AHA* (2012b), membagi faktor risiko PJK menjadi dua, yaitu faktor yang tidak dapat dimodifikasi dan yang dapat dimodifikasi. Adapun faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi adalah jenis kelamin, umur, dan keturunan, sedangkan faktor risiko yang dapat dimodifikasi adalah merokok, hiperkolesterolemia, hipertensi, DM dan obesitas, dari beberapa faktor risiko diatas.

Jantung terletak didalam thoracic cavity, dan sebagian terletak pada diaphragma. Jantung terletak dibawah mediastium diantara paru-paru. Posterior jantung berada didekat columna vertebra dan batas anterior jantung terletak dekat sternum. Rata-rata orang dewasa memiliki jantung dengan panjang sekitar 14 cm dan lebar 9 cm. basis jantung berada pada bagian atas, yang terhubung dengan beberapa pembuluh darah besar. Bagian ini terletak dibawah costa ke-2. Ujung jantung, memanjang ke arah bawah kiri, dan berakhir pada sisi tumpul yang disebut apex, yang sejajar dengan intercosta ke lima. (Black & hawks, 2014).



Gambar 2.1 Anatomi fisiologi sistem kardiovaskular

Jantung manusia melalui kontraksi yang ritmik, menyediakan tekanan untuk mengalirkan darah ke seluruh tubuh. Aliran darah penting untuk mengirimkan nutrisi ke jaringan tubuh dan untuk membawa sampah metabolic termasuk panas untuk dikeluarkan dari tubuh. Keberadaan nadi arteri, yang disebabkan oleh denyut jantung disebut sebagai tanda vital. Berat jantung sekitar 300 gram dan terletak di mediastinum, berbentuk kerucut, dan membentang dari atas ke kiri. Oleh karena terjadi rotasi saat perkembangan janin, apex/puncak (ujung kerucut) jantung berada didasar jantung dan terletak dikiri garis tengah tubuh (Black & hawks, 2014)

Tiga lapisan yang mengisi di dinding jantung terdiri dari, lapisan terluar jantung pericardium, lapisan tengah jantung *myocardium* dan lapisan bagian dalam jantung endocardium. Bagian dalam jantung terbagi menjadi 4 ruangan, ruangan bagian atas disebut atrium yang bertugas menerima darah yang kembali ke Jantung. Ruangan bagian bawah disebut ventrikel, menerima darah dari atrium, yang kemudian di pompakan menuju ateri. Ateri kanan dan ventrikel kanan dipisahkan dengan atrium kiri dan ventrikel kanan oleh septum yang menjaga agar darah tidak bercampur Katup etrioventricular yang terdiri dari katup mitral pada bagian kiri dan katup trikupidalis pada bagian kana, memastikan darah mengalir satu arah diantara atrium dan ventrikel.

Atrium kanan menerima darah dari dua vena besar, vena cava superior dan vena cava inferior dan vena-vena kecil (sinus koronari), yang mengalirkan darah menuju atrium kanan dari myocardium jantung. Atrium kanan dipisahkan dengan ventrikel kanan oleh katup tikuspidalis. Auriculadextra adalah penonjolah kecil dari atrium, terletak pada bagian pangkal aorta dan arteria pulmonalis. Ventrikel kanan dinding muscular pada ventrikel kanan lebih tipis dibandingkan dengan ventrikel kiri, karena ventrikel kanan hanya memompa darah ke paru-paru dengan resistensi aliran darah yang kecil. Saat ventrikel kanan berkontraksi, darah yang

berada di dalam ventrikel kanan memiliki tekanan tinggi yang secara pasif menutup katup tricuspidalis. Oleh karena itu darah dari ventrikel kanan hanya dapat keluar melalui pulmonary trunk, yang terbagi menjadi arteri pulmonalis kanan dan kiriyang mensuplai darah ke paru-paru. Pada basis pulmonary trunk, terdapat katup pulmonalis yang terdiri dari tiga cup, yang menyebabkan darah meninggalakan ventrikel kanan dan mencegah aliran balik ke ruang ventricle. Atrium kiri adalah ruangan ber dinding tipis yang terletak pada bagian belakang jantung. Atrium kiri mendapatkan suplay darah dari 4 vena pulmonalis (dua vena pulmonalis dari setiap paru). Auricula sinistra adalah penonjolan kecil runcing kecil dari atrium yang terletak pada sisikiri pangkal aorta. Ventrikel kiri adalah ruang ber dinding tebal pada bagian kiri dan belakang jantung. Dinding pada ventrikel kiri tiga kali lebih tebal dibanding ventrikel kanan.

Pendarahan jantung, berasal dari aorta melalui dua pembuluh darah koroner utama yaitu arteri koroner kanan dan kiri. Kedua arteri ini keluar dari sinus valsalva aorta. Arteri koroner kiri bercabang menjadi ramus nodisinoatrialis, ramus sirkumfleks dan ramus interventrikularis anterior. Arteri koroner kanan bercabang menjadi ramus nodi sinoatrialis, ramus marginalis dan ramus interventrikularis posterior. Aliran balik dari otot jantung dan sekitarnya melalui vena koroner yang berjalan berdampingan dengan arteri koroner, akan masuk ke dalam atrium kanan melalui sinuskoronarius. Selain itu terdapat juga vena – vena kecil yang disebut vena Thebesii, yang bermuara langsung ke dalam atrium kanan. Pembuluh limfe pada jantung terdiri dari 3 kelompok pleksus yaitu subendokardial, miokardial dan subepikardial. Penampungan cairan limfe dari kelompok pleksus yang paling besar adalah pleksus subepikardial, dimana pembuluh– pembuluh limfe akan membentuk satu trunkus yang berjalan sejajar dengan arteri koroner kemudian meninggalkan jantung di depan arteri

pulmonal dan berakhir pada kelenjar limfe antara vena kava superior dan arteri inominata.

Jantung dipersarafi oleh sistem saraf otonom yaitu saraf simpatis dan parasimpatis. Serabut – serabut saraf simpatis mempersarafi daerah atrium dan ventrikel termasuk pembuluh darah koroner. Saraf parasimpatis terutama memberikan persarafan pada nodus sinoatrial, atrioventrikular dan serabut – serabut otot atrium, dapat pula menyebar ke ventrikel kiri. Persarafan simpatis eferen preganglionik berasal dari medulla spinalis torakal atas, yaitu torakal 3- 6, sebelum mencapai jantung akan melalui pleksus kardialis kemudian berakhir pada ganglion servikalis superior, medial, atau inferior. Serabut post – ganglionik akan menjadi saraf kardialis untuk masuk ke dalam jantung. Persarafan parasimpatis berasal dari pusat nervus vagus di medulla oblongata; serabut – serabutnya akan bergabung dengan serabut simpatis di dalam pleksus kardialis. Rangsang simpatis akan dihantar oleh asetilkolin.

B. Sistem Peredaran Darah

1. Peredaran Darah Besar

Peredaran darah besar Adalah peredaran darah yang mengalirkan darah yang kaya oksigen dari bilik (ventrikel) kiri jantung lalu diedarkan keseluruh jaringan tubuh. Oksigen bertukar dengan karbondioksida di jaringan tubuh. Lalu darah yang kaya karbondioksida dibawa melalui vena menuju serambi kanan (atrium) jantung.

2. Peredaran Darah Kecil

Peredaran darah kecil merupakan peredaran darah dari bilik kanan jantung menuju paru-paru dan akhirnya kembali lagi ke jantung pada serambi kiri. Pada peredaran darah kecil inilah darah melakukan pertukaran gas di paru-paru. Darah melepaskan karbon dioksida dan mengambil oksigen dari

alveoli paru-paru. Oleh karena itu, darah yang berasal dari paru-paru ini banyak mengandung oksigen.

Sirkulasi darah ditubuh ada dua yaitu sirkulasi paru dan sirkulasi sistemis. Sirkulasi paru dimulai dari ventrikel kanan ke arteri pulmonalis, arteri besar dan kecil, kapiler lalu masuk ke paru, setelah dari paru keluar melalui vena kecil, vena pulmonalis dan akhirnya kembali ke atrium kiri. Sirkulasi ini mempunyai tekanan yang rendah kira – kira 15 – 20 mmHg pada arteri pulmonalis. Sirkulasi sistemik dimulai dari ventrikel kiri ke aorta lalu arteri besar, arteri kecil, arteriol lalu ke seluruh tubuh lalu ke venule, vena kecil, vena besar, vena cava inferior, vena cava superior akhirnya kembali ke atrium kanan.

Pembuluh nadi atau arteri adalah pembuluh darah berotot yang membawa darah dari jantung . Fungsi ini bertolak belakang dengan fungsi pembuluh balik yang membawa darah menuju jantung. Sistem pembuluh nadi memiliki bagian tekanan yang tinggi pada sistem sirkulasi. Tekanan darah biasanya menunjukkan tekanan pada pembuluh nadi utama. Tekanan pada saat jantung mengembang dan darah masuk ke jantung disebut diastol . Tekanan sistol berarti tekanan darah saat jantung berkontraksi dan darah keluar jantung. Tekanan darah ini dapat diukur dengan tensimeter atau sfigmomanometer . Lapisan terluar disebut tunika adventitia yang tersusun dari jaringan penyambung . Di lapisan selanjutnya terdapat tunika media yang tersusun atas otot polos dan jaringan elastis. Lapisan terdalam adalah tunika intima yang tersusun atas sel endothelial .Darah mengalir di dalam lumen .

Pembuluh balik atau vena adalah pembuluh yang membawa darah menuju jantung. Darahnya banyak mengandung karbon dioksida. Umumnya terletak dekat permukaan tubuh dan tampak kebiru-biruan. Dinding

pembuluhnya tipis dan tidak elastis. jika diraba, denyut jantungnya tidak terasa. Pembuluh vena mempunyai katup sepanjang pembuluhnya. Katup ini berfungsi agar darah tetap mengalir satu arah. Dengan adanya katup tersebut, aliran darah tetap mengalir menuju jantung . Jika vena terluka, darah tidak memancar tetapi merembes. Dari seluruh tubuh , pembuluh darah balik bermuara menjadi satu pembuluh darah balik besar, yang disebut vena cava. Pembuluh darah ini masuk ke jantung melalui serambi kanan. Setelah terjadi pertukaran gas di paru-paru , darah mengalir ke jantung lagi melalui vena paru-paru. Pembuluh vena ini membawa darah yang kaya oksigen. Jadi,darah dalam semua pembuluh vena banyak mengandung karbondioksida kecuali vena pulmonalis. Salah satu penyakit yang menyerang pembuluh balik adalah varises.

Pembuluh kapiler Pembuluh ini bukan pembuluh nadi sesungguhnya. Di sinilah terjadinya pertukaran zat yang menjadi fungsi utama sistem sirkulasi. Pembuluh kapiler adalah pembuluh yang menghubungkan cabang-cabang pembuluh nadi dan cabang-cabang pembuluh balik yang terkecil dengan sel-sel tubuh. Pembuluh nadi dan pembuluh balik itu bercabang-cabang, dan ukuran cabang-cabang pembuluh itu semakin jauh dari jantung semakin kecil. Pembuluh kapiler sangat halus dan berdinding tipis.

C. Konsep Sindrom Koroner Akut (SKA)

1. Definisi Sindrom Koroner Akut

Sindrom Koroner Akut (SKA) adalah kejadian kegawatan yang diakibatkan oleh gangguan pada pembuluh darah Koroner yang bersifat progresif, terjadi perubahan secara tiba-tiba dari stabil menjadi tidak stabil. (Susilo., 2013; Oktavianus & Sari., 2014). Sindrom Koroner Akut adalah suatu keadaan gawat darurat jantung dengan manifestasi klinik

brupa perasaan tidak enak didada atau gejala- gejala lain sehingga akibat dari iskemia miokard. Sindrom Koroner Akut adalah istilah untuk tanda-tanda klinis dan gejala iskemia miokard: angina tidak stabil, non ST segmen elevasi infark miokard, dan elevasi ST segmen infark myocard. Sindrom Koroner Akut merupakan satu dari tiga penyakit pembuluh darah arteri koroner, yaitu: STEMI, non STEMI dan unstable angina pectoris. (mulyadi., 2015).

Bagian dari spektrum Sindrom Koroner Akut adalah unstable angina pectoris (UAP), *ST elevation myocardial infarction* (STEMI) dan *non ST elevation myocardial infarction* (NSTEMI) (Alwi, 2009). UAP dan NSTEMI mempunyai patogenesis dan presentasi klinik yang sama, hanya berbeda dalam derajatnya. Bila ditemui petanda biokimia nekrosis miokard (peningkatan troponin I, troponin T, atau CK-MB) maka diagnosis adalah NSTEMI; sedangkan bila petanda biokimia ini tidak meninggi, maka diagnosis adalah UAP (Hamm, et al., 2004). Pada UAP dan NSTEMI pembuluh darah terlibat tidak mengalami oklusi total/oklusi tidak total (patency), sehingga dibutuhkan stabilisasi plak untuk mencegah progresi, trombosis dan vasokonstriksi. (Wright, et al., 2011). Sedangkan pada STEMI terjadi oklusi koroner total yang bersifat akut sehingga diperlukan tindakan reperfusi segera, komplis dan menetap dengan angioplasti primer atau terapi fibrinolitik (Levine, et al., 2011).

2. Faktor Resiko

Faktor risiko seseorang untuk menderita Sindrom Koroner Akut ditentukan melalui interaksi dua atau lebih faktor risiko. Faktor risiko Sindrom Koroner Akut dibagi menjadi dua bagian besar yaitu faktor yang tidak dapat dimodifikasi dan faktor yang dapat dimodifikasi. Faktor risiko yang dapat dimodifikasi antara lain seperti: merokok, hipertensi,

hiperlipidemia, diabetes mellitus, stress, diet tinggi lemak, dan kurangnya aktivitas fisik. Faktor-faktor risiko ini masih dapat diubah, sehingga berpotensi dapat memperlambat proses aterogenik. Sedangkan faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi antara lain seperti: usia, jenis kelamin, suku/ras, dan riwayat penyakit (Bender, et al., 2011).

3. Mekanisme Sindrom Koroner Akut

Aterosklerosis merupakan dasar penyebab utama terjadinya Sindrom Koroner Akut. Aterosklerosis merupakan suatu proses multifaktorial dengan mekanisme yang saling terkait. Proses aterosklerosis awalnya ditandai dengan adanya kerusakan pada lapisan endotel, pembentukan foam cell (sel busa) dan fatty streaks (kerak lemak), pembentukan fibrous cap (lesi jaringan ikat) dan proses ruptur plak aterosklerotik yang tidak stabil. Inflamasi memainkan peranan penting dalam setiap tahapan aterosklerosis mulai dari perkembangan plak sampai terjadinya ruptur plak yang dapat menyebabkan trombosis. Aterosklerosis dianggap sebagai suatu penyakit inflamasi sebab sel yang berperan seperti makrofag yang berasal dari monosit dan limfosit merupakan hasil proses inflamasi (Hansson, 2009).

Patogenesis aterosklerosis (aterogenesis) dimulai ketika terjadi kerusakan (akibat berbagai faktor risiko dalam berbagai intensitas dan lama paparan yang berbeda) pada endotel arteri, sehingga menimbulkan disfungsi endotel. Kerusakan pada endotel akan memicu berbagai mekanisme yang menginduksi dan mempromosi lesi aterosklerotik. Disfungsi endotel ini disebabkan oleh faktor risiko tradisional seperti dislipidemia, hipertensi, DM, obesitas, merokok dan faktor-faktor risiko lain misalnya homosistein dan kelainan hemostatik (Packard, et al, 2008).

Pembentukan aterosklerosis terdiri dari beberapa fase yang saling berhubungan. Fase awal terjadi akumulasi dan

modifikasi lipid (oksidasi, agregasi dan proteolisis) dalam dinding arteri yang selanjutnya mengakibatkan aktivasi inflamasi endotel. Pada fase selanjutnya terjadi rekrutmen elemen –elemen inflamasi seperti monosit ke dalam tunika intima. Awalnya monosit akan mengalami adhesi pada endotel, penempelan endotel ini diperantarai oleh beberapa molekul adhesi pada permukaan sel endotel, yaitu *Inter Cellular Adhesion Molecule-1 (ICAM-1)*, *Vascular Cell Adhesion Molecule -1 (VCAM-1)* dan Selectin. Molekul adhesi ini diatur oleh sejumlah faktor yaitu produk bakteri lipopolisakarida, prostaglandin dan sitokin. Setelah berikatan dengan endotel kemudian monosit bermigrasi ke lapisan lebih dalam dibawah lapisan intima. Monosit-monosit yang telah memasuki dinding arteri ini akan teraktivasi menjadi makrofag dan mengikat LDL yang telah dioksidasi melalui reseptor scavenger.

Hasil fagositosis ini akan membentuk sel busa atau "foam cell" dan selanjutnya akan menjadi "fatty streaks". Aktivasi ini menghasilkan sitokin dan growth factor yang akan merangsang proliferasi dan migrasi sel-sel otot polos dari tunika media ke tunika intima dan penumpukan molekul matriks ekstraselular seperti elastin dan kolagen, yang mengakibatkan pembesaran plak dan terbentuk fibrous cap (Packard, et al., 2008). Proses aterosklerosis yang sudah sampai pada tahap lanjut disebut sebagai plak aterosklerotik. Pembentukan plak aterosklerotik akan menyebabkan penyempitan lumen arteri, akibatnya terjadi penurunan aliran darah. Trombosis sering terjadi setelah rupturnya plak aterosklerosis, terjadi pengaktifan platelet dan jalur koagulasi. Apabila plak pecah, robek atau terjadi perdarahan subendotel, mulailah proses trombogenik, yang menyumbat sebagian atau keseluruhan suatu arteri koroner. Pada saat inilah muncul berbagai presentasi klinik seperti angina atau infark miokard.

Proses aterosklerosis ini dapat stabil, tetapi dapat juga tidak stabil atau progresif. Konsekuensi yang dapat menyebabkan kematian adalah proses aterosklerosis yang bersifat tidak stabil / progresif yang dikenal juga dengan *acute coronary syndrome*.(Packard,et al., 2008).

Ruptur plak memegang peranan penting untuk terjadinya *acute coronary syndrome*. Resiko terjadinya ruptur plak tergantung dari kerentanan atau ketidak stabilan plak. Ciri-ciri plak yang tidak stabil antara lain gumpalan lipid (lipid core) besar menempati > 40% volume plak, fibrous cap tipis yang mengandung sedikit kolagen dan sel otot polos serta aktivitas dan jumlah sel makrofag, limfosit T dan sel mast yang meningkat. Trombosis akut yang terjadi pada plak yang mengalami ruptur memegang peran penting dalam kejadian *acute coronary syndrome*. Setelah plak mengalami ruptur, komponen trombogenik akan menstimulasi adhesi, agregasi dan aktivasi trombosit, pembentukan trombin dan pembentukan trombus (Ismail, 2011., Therax,et al., 1998).

Trombus yang terbentuk mengakibatkan oklusi atau suboklusi pembuluh koroner dengan manifestasi klinis angina pectoris tidak stabil atau sindroma koroner lainnya. Bukti angiografi menunjukkan pembentukan trombus koroner pada >90% pasien STEMI, dan sekitar 35-75% pada pasien UAP dan NSTEMI (Antman, et al., 2006).Terjadi erosi atau fisur pada plak aterosklerosis yang relatif kecil dan menimbulkan oklusi trombus yang transien pada UAP. Trombus biasanya labil dan menyebabkan oklusi sementara yang berlangsung antara 10-20 menit. Pada NSTEMI kerusakan plak lebih berat dan menimbulkan oklusi trombus yang lebih persisten dan berlangsung lebih dari 1 jam. Pada sekitar 25% pasien NSTEMI terjadi oklusi trombus yang berlangsung > 1 jam, tetapi distal dari penyumbatan terjadi

kolateral. Pada STEMI disrupsi plak terjadi pada daerah yang lebih besar dan menyebabkan terbentuknya trombus yang menetap yang menyebabkan perfusi miokard terhenti secara tiba-tiba yang berlangsung > 1 jam dan menyebabkan nekrosis miokard transmural (Ismail, 2011).

Trombosis akut pada arteri koroner diawali dengan adanya ruptur plak yang tidak stabil, Pada lokasi ruptur plak dapat dijumpai sel makrofag dan limfosit T yang menunjukkan adanya proses inflamasi. Sel-sel ini akan mengeluarkan sel sitokin proinflamasi seperti IL-6. Selanjutnya IL-6 akan merangsang pengeluaran hsCRP di hati. (Harun S, Alwi Idrus 2006, dalam Sudoyo Aru W "Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam" ed. 4 jilid III). Gejala yang di temukan. Khas nyeri dada dengan lokasi substernal atau kadang kala di epigastrium dengan ciri seperti diperas, perasaan seperti diikat, perasaan terbakar, nyeri tumpul, rasa penuh, berat atau tertekan. Tidak khas seperti: Dispneu, Mual, Diaphoresis, Sinkop, atau nyeri di lengan, epigastrium, bahuatas atau leher Analisis berdasarkan gambaran klinis menunjukkan bahwa mereka yang memiliki gejala dengan onsetbaru angina/terakselerasi memiliki prognosis lebih baik dibandingkan dengan yang memiliki nyeri padawaktu istirahat.

Pada pemeriksaan ElektroKardiogram (EKG) Segmen ST merupakan hal penting yang menentukan risiko pada pasien. Pada *Trombolysis in Myocardial (TIMI) III Registry*, adanya depresi segmen ST baru sebanyak 0,05 mV merupakan prediktor outcome yang buruk. Kaul et al. menunjukkan peningkatan resiko outcome yang buruk meningkat secara progresif dengan memberatnya depresi segmen ST maupun perubahan troponin T keduanya memberikan tambahan informasi prognosis pasien-pasien dengan NSTEMI. Lipid core mengandung bahan-bahan yang bersifat sangat trombogenik karena mengandung banyak tissue factor yang diproduksi oleh

makrofag. Tissue factor adalah suatu protein prokoagulan yang akan mengaktifkan kaskade pembekuan ekstrinsik sehingga paling kuat sifat trombogeniknya. Faktor jaringan akan membentuk kompleks dengan faktor Va dan akan mengaktifkan faktor IX dan faktor X yang selanjutnya terjadi mata rantai pembentukan trombus. (Rauch et al, 2011). Vasokonstriksi pembuluh darah koroner juga ikut berperan pada patogenesis *acute coronary syndrome*. Ini terjadi sebagai respon terhadap disrupsi plak khususnya trombus yang kaya platelet dari lesi itu sendiri. Endotel berfungsi mengatur tonus vaskuler dengan melepaskan faktor relaksasi yaitu nitrit oksida (NO) yang dikenal dengan Endothelium Derived Relaxing Factor (EDRF), prostasiklin dan faktor kontraksi seperti endothelin-1, thromboxan A2, prostaglandin H2. Trombus kaya platelet yang mengalami disrupsi, terjadi platelet dependent vasoconstriction yang diperantarai serotonin dan thromboxan A2 sehingga menginduksi vasokonstriksi pada daerah ruptur plak atau mikrosirkulasi (Therax, et al., 2009).

4. Manifestasi Klinis Sindrom Koroner Akut

Manifestasi klinik utama PJK adalah nyeri dada iskemik (angina), deskripsi nyeri dada (Yamin, 2010):

A = Seperti ditekan, daerah sub sternal, menjalar ke lengan kiri, leher atau rahang
B = Dicituskan oleh aktivitas fisik atau emosi, berkurang dengan istirahat atau pemberian obat nitrat.

A + B = *Typical* angina

A atau B = *Atypical* angina.

Variasi lain dari gejala PJK adalah angina equivalen, dimana pasien hanya merasakan sesak nafas atau lemas saat beraktivitas fisik.

Menurut PERKI dalam Tedjakusuma., et al (2010), manifestasi klinik PJK diklasifikasikan sebagai berikut :

a) Angina pektoris stabil: nyeri dicituskan oleh faktor

pencetus dengan gradasi yang sama, hilang dengan istirahat atau obat nitrat sublingual Sindrom Koroner Akut (SKA)

b) Angina pektoris tidak stabil (APTS)

1) Angina tipikal yang timbul saat istirahat dan berkepanjangan biasanya lebih dari 20 menit

2) Onset baru, pertama muncul, paling tidak derajat angina CCS III (Klasifikasi The Canadian Cardiovascular Society).

3) Angina yang bertambah (progressif), sudah ada angina tapi bertambah sering, lebih lama, dengan pencetus yang lebih ringan.

4) Angina pasca infark miokard.

c) Sindrom Koroner Akut tanpa elevasi segmen ST (NSTEMACS)

Pada prinsipnya gejala angina NSTEMACS sama dengan angina tidak stabil, diagnosis NSTEMACS ditegakkan jika terdapat angina dan tidak ditemukan elevasi segmen ST pada perekaman EKG namun terdapat peningkatan marka jantung, dan berlanjut pada infark miokard tanpa elevasi segmen ST (NSTEMI).

d) Sindrom Koroner Akut dengan elevasi segmen ST (STEMACS)

Karakteristik utama STEACS adalah angina tipikal dan perubahan EKG dengan gambaran elevasi segmen ST. Sebagian besar pasien STEACS akan mengalami peningkatan marka jantung, sehingga berlanjut menjadi infark miokard dengan elevasi segmen ST (STEMI).

Novi (2012) mengatakan gejala Sindrom Koroner Akut berupa keluhan nyeri ditengah dada, seperti: rasa ditekan, rasa diremas-remas, menjalar ke leher, lengan kiri dan kanan, serta

ulu hati, rasa terbakar dengan sesak napas dan keringat dingin, dan keluhan nyeri ini bisa merambat ke kedua rahang gigi kanan atau kiri, bahu,serta punggung. Lebih spesifik, ada juga yang disertai kembung pada ulu hati seperti masuk angin atau maag. NSTEMI berbeda dari angina tak stabil terutama pada beratnya serangan angina namun kedua keadaan tersebut kadang tidak dapat dibedakan. Pada NSTEMI iskemia cukup berat sehingga menimbulkan kerusakan miokard, walaupun cardiac marker atau enzim jantung belum meningkat sampai beberapa jam setelah onset nyeri.

Tanda dan gejalanya meliputi :Rasa tertekan, teremas, terbakar yang tidak nyaman, nyeri atau rasa penuh yang sangat terasa dan menetap ditengah dada dan berlangsung selama beberapa menit (biasanya lebih dari 15 menit), nyeri yang memancar sampai ke bahu, leher, lengan atau rahang atau nyeri di punggung diantara tulang belikat,pening dan kemudian pingsan,berkeringat,mual,sesak napas, keresahan atau firasat terhadap malapetaka yang akan datang yang menyebabkan pasien mengalami gangguan pola tidur

5. Diagnosis Sindrom Koroner Akut

Diagnosis adanya suatu Sindrom Korone Akut harus ditegakkan secara cepat dan tepat dan didasarkan pada tiga criteria, yaitu: gejala klinis nyeri dada spesifik, gambaran EKG (elektrokardiogram), dan evaluasi biokimia dari enzim jantung. Kriteria *World HealthOrganization* (WHO) diagnosis *acute myocardial infarction* dapat ditentukan antara lain dengan: 2 dari 3 kriteria yang harus dipenuhi, yaitu (1) Riwayat nyeri dada dan penjarannya yang berkepanjangan (lebih dari 30 menit), (2) Perubahan EKG, berupa gambaran STEMI/NSTEMI dengan atau tanpa gelaombang Q patologis,(3) Peningkatan enzim jantung (paling sedikit kali 1,5 kali nilai batas atasnormal), terutama CKMB dan troponin T/I

mulai meningkat pada 3 jam dari permulaan sakit dada IMA dan menetap 7-10 hari setelah IMA. Troponin T/I mempunyai sensitivitas dan spesifisitas tinggi sebagai petanda kerusakan sel miokard dan prognosis (Nawawi, et al., 2008). Nyeri dada tipikal (angina) merupakan gejala radikal pasien ACS. Seorang dokter harus mampu mengenal nyeri dada angina dan mampu membedakan nyeri dada angina dan mampu membedakan nyeri dada lainnya kerana gejala ini merupakan petanda awal dalam pengelolaan pasien ACS (Depkes, 2010) Sifat nyeri pengelolaan pasien ACS (Atman, et al, 2009):

Gambaran EKG abnormal terdapat di penderita infark miokard akut dengan ditemukannya elevasi segmen ST dan adanya gelombang Q. Namun demikian, elevasi segmen ST dapat juga ditemukan di perikarditis, repolarisasi cepat yang normal, dan aneurisma ventrikel kiri. EKG merupakan langkah diagnosis awal yang membedakan kedua kelompok acute coronary sindrom yang mempunyai pendekatan terapi berbeda. Jika terjadi elevasi segmen ST, artinya terjadi infark miokard yang merupakan indikasi untuk reperfusi segera (Thygesen, et al, 2007).

Pedoman *American College of Cardiology / American Heart Association (ACC/AHA)* menggunakan terminologi infark miokard dengan peningkatan segmen ST dan tanpa peningkatan segmen ST, menggantikan terminologi infark miokard gelombang Q yang kurang bermanfaat dalam perencanaan pelaksanaan segera. (Bertrand, et al, 2012). Pada pemeriksaan EKG NSTEMI dijumpai adanya gambaran T Inverted dan ST Depresi yang menunjukkan adanya iskemia pada arteri koroner. Jika terjadi iskemia, gelombang T menjadi terbalik (inversi), simetris, dan biasanya bersifat sementara (saat pasien simptomatik). Bila pada kasus ini tidak didapatkan kerusakan miokardium, sesuai dengan pemeriksaan CK-MB

(*creatine kinase-myoglobin*) maupun troponin yang tetap normal, diagnosis adalah angina tidak stabil. Namun, jika inversi gelombang T menetap, biasanya didapatkan kenaikan kadar troponin, dan diagnosis menjadi NSTEMI. Angina tidak stabil dan NSTEMI disebabkan oleh thrombus non-oklusif, oklusi ringan (dapat mengalami reperfusi spontan), atau oklusi yang dapat dikompensasi oleh sirkulasi kolateral yang baik. . EKG memberi bantuan untuk diagnosis dan prognosis. Rekaman yang dilakukan saat sedang nyeri dada sangat bermanfaat. Gambaran diagnosis dari EKG adalah: (Majid, 2011). NSTEMI Normal, ST depresi $\geq 0,05$ mV, T inverted simetris: ada evolusi EKG.

D. Teori Dan Konsep Kecemasan

1. Pengertian Cemas

Cemas adalah respon terhadap situasi tertentu yang mengancam, dan merupakan hal yang normal terjadi menyertai perkembangan, perubahan, pengalaman baru atau yang belum pernah dilakukan, serta dalam menemukan identitas diri dan arti hidup. Cemas adalah reaksi yang dapat dialami siapapun. Namun cemas yang berlebihan, apalagi yang sudah menjadi gangguan akan menghambat fungsi seseorang dalam kehidupannya. Cemas merupakan suatu perasaan subjektif mengenai ketegangan mental yang menggelisahkan sebagai reaksi umum dari ketidakmampuan mengatasi suatu masalah atau tidak adanya rasa aman. Perasaan yang tidak menentu tersebut pada umumnya tidak menyenangkan yang nantinya akan menimbulkan atau disertai perubahan fisiologis dan psikologis (Kholil Lur Rochman, 2010).

Namora Lumongga Lubis (2009) menjelaskan bahwa kecemasan adalah tanggapan dari sebuah ancaman nyata

ataupun khayal. Individu mengalami kecemasan karena adanya ketidakpastian dimasa mendatang. Kecemasan dialami ketika berfikir tentang sesuatu tidak menyenangkan yang akan terjadi. Sedangkan Siti Sundari (2004) memahami kecemasan sebagai suatu keadaan yang menggoncangkan karena adanya ancaman terhadap kesehatan.

Nevid Jeffrey S, Rathus Spencer A, & Greene Beverly (2005) memberikan pengertian tentang kecemasan sebagai suatu keadaan emosional yang mempunyai ciri keterangsangan fisiologis, perasaan tegang yang tidak menyenangkan, dan kekhawatiran bahwa sesuatu yang buruk akan terjadi. Kecemasan adalah rasa khawatir , takut yang tidak jelas sebabnya. Kecemasan juga merupakan kekuatan yang besar dalam menggerakkan tingkah laku, baik tingkah laku yang menyimpang ataupun yang terganggu. Keduanya merupakan pernyataan, penampilan, penjelmaan dari pertahanan terhadap kecemasan tersebut (Singgih D. Gunarsa, 2008). Kesimpulan yang dapat diambil dari beberapa pendapat diatas bahwa kecemasan adalah rasa takut atau khawatir pada situasi tertentu yang sangat mengancam yang dapat menyebabkan kegelisahan karena adanya ketidakpastian dimasa mendatang serta ketakutan bahwa sesuatu yang buruk akan terjadi.

2. Penyebab Gangguan Kecemasan

Gangguan kecemasan merupakan salah satu gangguan mental yang serius. Kondisi ini dapat disebabkan oleh adanya masalah pada fungsi otak yang mengatur rasa takut dan emosi.

Ada beberapa faktor yang dapat membuat seseorang lebih berisiko terkena gangguan kecemasan, yaitu:

- Pengalaman negatif yang menyebabkan stres atau trauma psikologis.

- Keturunan.
- Gangguan kepribadian.
- Efek samping obat atau zat tertentu, termasuk kafein dan narkoba.
- Penyakit tertentu, seperti gangguan irama jantung dan penyakit tiroid

3. Gejala-Gejala Cemas

Kecemasan adalah suatu keadaan yang menggoncangkan karena adanya ancaman terhadap kesehatan. Individu-individu yang tergolong normal kadang kala mengalami kecemasan yang menampak, sehingga dapat disaksikan pada penampilan yang berupa gejala-gejala fisik maupun mental. Gejala tersebut lebih jelas pada individu yang mengalami gangguan mental. Lebih jelas lagi bagi individu yang mengidap penyakit mental yang parah. Gejala-gejala yang bersifat fisik diantaranya adalah : jari tangan dingin, detak jantung makin cepat, berkeringat dingin, kepala pusing, nafsu makan berkurang, tidur tidak nyenyak, dada sesak. Gejala yang bersifat mental adalah : ketakutan merasa akan ditimpa bahaya, tidak dapat memusatkan perhatian, tidak tenteram, ingin lari dari kenyataan (Sundari, 2004).

Kecemasan juga memiliki karakteristik berupa munculnya perasaan takut dan kehati-hatian atau kewaspadaan yang tidak jelas dan tidak menyenangkan. Gejala-gejala kecemasan yang muncul dapat berbeda pada masing-masing orang. Kaplan, Sadock, & Grebb (Fitri Fauziah & Julianti Widury, 2007) menyebutkan bahwa takut dan cemas merupakan dua emosi yang berfungsi sebagai tanda akan adanya suatu bahaya. Rasa takut muncul jika terdapat ancaman yang jelas atau nyata, berasal dari lingkungan, dan tidak menimbulkan konflik bagi individu.

Sedangkan kecemasan muncul jika bahaya berasal dari dalam diri, tidak jelas, atau menyebabkan konflik bagi individu.

Kecemasan berasal dari perasaan tidak sadar yang berada didalam kepribadian sendiri, dan tidak berhubungan dengan objek yang nyata atau keadaan yang benar-benar ada. Kholil Lur Rochman, (2010:103) mengemukakan beberapa gejala-gejala dari kecemasan antara lain :

- a) Ada saja hal-hal yang sangat mencemaskan hati, hampir setiap kejadian menimbulkan rasa takut dan cemas. Kecemasan tersebut merupakan bentuk ketidakberanian terhadap hal-hal yang tidak jelas.
- b) Adanya emosi-emosi yang kuat dan sangat tidak stabil. Suka marah dan sering dalam keadaan excited (heboh) yang memuncak, sangat irritable, akan tetapi sering juga dihindari dengan depresi.
- c) Diikuti oleh bermacam-macam fantasi, delusi, ilusi, dan delusion of persecution (delusi yang dikejar-kejar).
- d) Sering merasa mual dan muntah-muntah, badan terasa sangat lelah, banyak berkeringat, gemetar, dan seringkali menderita diare.
- e) Muncul ketegangan dan ketakutan yang kronis yang menyebabkan tekanan jantung menjadi sangat cepat atau tekanan darah tinggi.

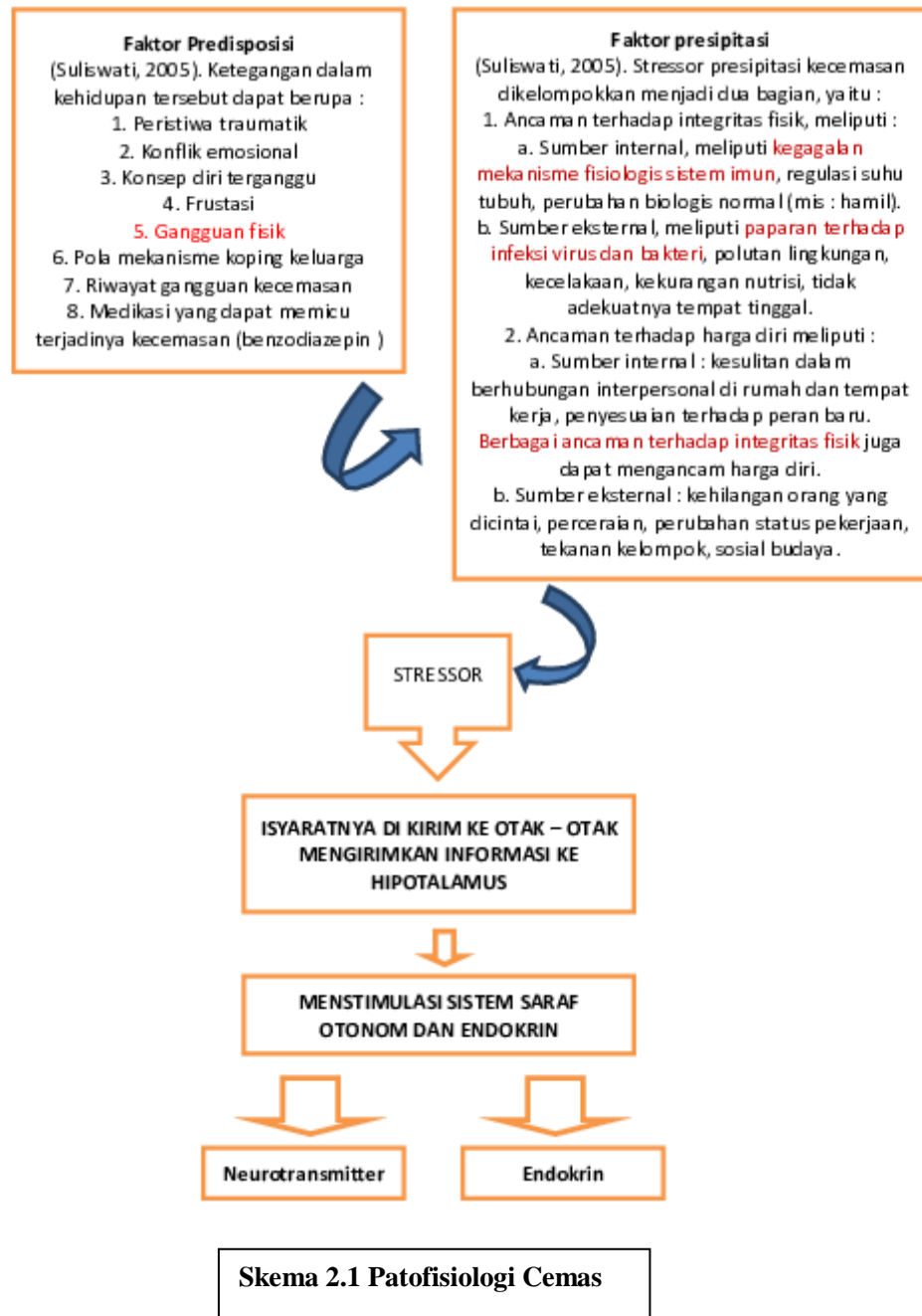
Nevid Jeffrey S, Spencer A, & Greene Beverly (2005) mengklasifikasikan gejala-gejala kecemasan dalam tiga jenis gejala, diantaranya yaitu :

- a) Gejala fisik dari kecemasan yaitu : kegelisahan, anggota tubuh bergetar, banyak berkeringat, sulit bernafas, jantung berdetak kencang, merasa lemas, panas dingin, mudah marah atau tersinggung.
- b) Gejala behavioral dari kecemasan yaitu : berperilaku menghindar, terganggu, melekat dan dependen

- c) Gejala kognitif dari kecemasan yaitu : khawatir tentang sesuatu, perasaan terganggu akan ketakutan terhadap sesuatu yang terjadi dimasa depan, keyakinan bahwa sesuatu yang menakutkan akan segera terjadi, ketakutan akan ketidakmampuan untuk mengatasi masalah, pikiran terasa bercampur aduk atau kebingungan, sulit berkonsentrasi.

3. Patofisiologi Cemas

PATOFISIOLOGI ANSIETAS



4. Faktor-Faktor Penyebab Kecemasan

Kecemasan sering kali berkembang selama jangka waktu dan sebagian besar tergantung pada seluruh pengalaman hidup seseorang. Peristiwa-peristiwa atau situasi khusus dapat mempercepat munculnya serangan kecemasan. Menurut Savitri Ramaiah (2003) ada beberapa faktor yang menunjukkan reaksi kecemasan, diantaranya yaitu :

a) Lingkungan

Lingkungan atau sekitar tempat tinggal mempengaruhi cara berfikir individu tentang diri sendiri maupun orang lain. Hal ini disebabkan karena adanya pengalaman yang tidak menyenangkan pada individu dengan keluarga, sahabat, ataupun dengan rekan kerja. Sehingga individu tersebut merasa tidak aman terhadap lingkungannya.

b) Emosi yang ditekan

Kecemasan bisa terjadi jika individu tidak mampu menemukan jalan keluar untuk perasaannya sendiri dalam hubungan personal ini, terutama jika dirinya menekan rasa marah atau frustrasi dalam jangka waktu yang sangat lama.

c) Sebab-sebab fisik

Pikiran dan tubuh senantiasa saling berinteraksi dan dapat menyebabkan timbulnya kecemasan. Hal ini terlihat dalam kondisi seperti misalnya kehamilan, semasa remaja dan sewaktu pulih dari suatu penyakit. Selama ditimpa kondisi ini, perubahan-perubahan perasaan lazim muncul, dan ini dapat menyebabkan timbulnya kecemasan.

Zakiah Daradjat (Kholil Lur Rochman, 2010) mengemukakan beberapa penyebab dari kecemasan yaitu :

a) Rasa cemas yang timbul akibat melihat adanya bahaya yang mengancam dirinya. Kecemasan ini lebih dekat

dengan rasa takut, karena sumbernya terlihat jelas didalam pikiran

- b) Cemas karena merasa berdosa atau bersalah, karena melakukan hal-hal yang berlawanan dengan keyakinan atau hati nurani. Kecemasan ini sering pula menyertai gejala-gejala gangguan mental, yang kadang-kadang terlihat dalam bentuk yang umum.
- c) Kecemasan yang berupa penyakit dan terlihat dalam beberapa bentuk. Kecemasan ini disebabkan oleh hal yang tidak jelas dan tidak berhubungan dengan apapun yang terkadang disertai dengan perasaan takut yang mempengaruhi keseluruhan kepribadian penderitanya. Kecemasan hadir karena adanya suatu emosi yang berlebihan. Selain itu, keduanya mampu hadir karena lingkungan yang menyertainya, baik lingkungan keluarga, sekolah, maupun penyebabnya.

Musfir Az-Zahrani (2005) menyebutkan faktor yang mempengaruhi adanya kecemasan yaitu

- a) Lingkungan keluarga Keadaan rumah dengan kondisi yang penuh dengan pertengkaran atau penuh dengan kesalahpahaman serta adanya ketidakpedulian orangtua terhadap anak-anaknya, dapat menyebabkan ketidaknyamanan serta kecemasan pada anak saat berada didalam rumah
- b) Lingkungan Sosial Lingkungan sosial adalah salah satu faktor yang dapat mempengaruhi kecemasan individu. Jika individu tersebut berada pada lingkungan yang tidak baik, dan individu tersebut menimbulkan suatu perilaku yang buruk, maka akan menimbulkan adanya berbagai penilaian buruk dimata masyarakat. Sehingga dapat menyebabkan munculnya kecemasan. Kecemasan timbul karena adanya ancaman atau bahaya yang tidak

nyata dan sewaktu-waktu terjadi pada diri individu serta adanya penolakan dari masyarakat menyebabkan kecemasan berada di lingkungan yang baru dihadapi (Patotisuro Lumban Gaol, 2004).

Page (Elina Raharisti Rufaidah, 2009) menyatakan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan adalah :

- a) Faktor fisik Kelemahan fisik dapat melemahkan kondisi mental individu sehingga memudahkan timbulnya kecemasan.
- b) Trauma atau konflik Munculnya gejala kecemasan sangat bergantung pada kondisi individu, dalam arti bahwa pengalaman-pengalaman emosional atau konflik mental yang terjadi pada individu akan memudahkan timbulnya gejala-gejala kecemasan.
- c) Lingkungan awal yang tidak baik. Lingkungan adalah faktor-faktor utama yang dapat mempengaruhi kecemasan individu, jika faktor tersebut kurang baik maka akan menghalangi pembentukan kepribadian sehingga muncul gejala-gejala kecemasan.

5. Jenis-Jenis Cemas

Kecemasan merupakan suatu perubahan suasana hati, perubahan didalam dirinya sendiri yang timbul dari dalam tanpa adanya rangsangan dari luar. Mustamir Pedak (2009) membagi kecemasan menjadi tiga jenis kecemasan yaitu :

a) Kecemasan Rasional

Suatu ketakutan akibat adanya objek yang memang mengancam, misalnya ketika menunggu hasil ujian. Ketakutan ini dianggap sebagai suatu unsur pokok normal dari mekanisme pertahanan dasarnya kita.

b) Kecemasan Irrasional

Berarti bahwa mereka mengalami emosi ini dibawah keadaankeadaan spesifik yang biasanya tidak dipandang mengancam.

c) Kecemasan Fundamental

Kecemasan fundamental merupakan suatu pertanyaan tentang siapa dirinya, untuk apa hidupnya, dan akan kemanakah kelak hidupnya berlanjut. Kecemasan ini disebut sebagai kecemasan eksistensial yang mempunyai peran fundamental bagi kehidupan manusia.

Sedangkan Kartono Kartini (2006) membagi kecemasan menjadi dua jenis kecemasan, yaitu :

a) Kecemasan Ringan

Kecemasan ringan dibagi menjadi dua kategori yaitu ringan sebentar dan ringan lama. Kecemasan ini sangat bermanfaat bagi perkembangan kepribadian seseorang, karena kecemasan ini dapat menjadi suatu tantangan bagi seorang individu untuk mengatasinya. Kecemasan ringan yang muncul sebentar adalah suatu kecemasan yang wajar terjadi pada individu akibat situasi-situasi yang mengancam dan individu tersebut tidak dapat mengatasinya, sehingga timbul kecemasan. Kecemasan ini akan bermanfaat bagi individu untuk lebih berhati-hati dalam menghadapi situasi-situasi yang sama di kemudian hari. Kecemasan ringan yang lama adalah kecemasan yang dapat diatasi tetapi karena individu tersebut tidak segera mengatasi penyebab munculnya kecemasan, maka kecemasan tersebut akan mengendap lama dalam diri individu.

b) Kecemasan Berat

Kecemasan berat adalah kecemasan yang terlalu berat dan berakar secara mendalam dalam diri seseorang. Apabila

seseorang mengalami kecemasan semacam ini maka biasanya ia tidak dapat mengatasinya. Kecemasan ini mempunyai akibat menghambat atau merugikan perkembangan kepribadian seseorang. Kecemasan ini dibagi menjadi dua yaitu kecemasan berat yang sebentar dan lama. Kecemasan yang berat tetapi munculnya sebentar dapat menimbulkan traumatis pada individu jika menghadapi situasi yang sama dengan situasi penyebab munculnya kecemasan. Sedangkan kecemasan yang berat tetapi munculnya lama akan merusak kepribadian individu. Hal ini akan berlangsung terus menerus bertahun-tahun dan dapat meruak proses kognisi individu. Kecemasan yang berat dan lama akan menimbulkan berbagai macam penyakit seperti darah tinggi, tachycardia (percepatan darah), excited (heboh, gempar).

6. Cara Pengukuran Kecemasan (HARS)

Kecemasan dapat diukur dengan pengukuran tingkat kecemasan menurut alat ukur kecemasan yang disebut HARS (Hamilton Anxiety Rating Scale). Skala HARS merupakan pengukuran kecemasan yang didasarkan pada munculnya symptom pada individu yang mengalami kecemasan. Menurut skala HARS terdapat 14 syptoms yang nampak pada individu yang mengalami kecemasan. Setiap item yang diobservasi diberi 5 tingkatan skor(skala likert) antara 0 (No Present) sampai dengan 4 (severe).

Skala HARS pertama kali digunakan pada tahun 1959, yang diperkenalkan oleh Max Hamilton dan sekarang telah menjadi standar dalam pengukuran kecemasan terutama pada penelitian trial clinic. Skala HARS telah dibuktikan memiliki validitas dan reliabilitas cukup tinggi untuk melakukan pengukuran kecemasan pada penelitian trial clinic yaitu 0,93 dan 0,97. Kondisi ini menunjukkan bahwa pengukuran kecemasan

dengan menggunakan skala HARS akan diperoleh hasil yang valid dan reliable.

Skala HARS Menurut Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) penilaian kecemasan terdiri dari 14 item, meliputi:

1. Perasaan Cemas firasat buruk, takut akan pikiran sendiri, mudah tensinggung.
2. Ketegangan merasa tegang, gelisah, gemetar, mudah terganggu dan lesu.
3. Ketakutan : takut terhadap gelap, terhadap orang asing, bila tinggal sendiri dan takut pada binatang besar.
4. Gangguan tidur sukar memulai tidur, terbangun pada malam hari, tidur tidak pulas dan mimpi buruk.
5. Gangguan kecerdasan : penurunan daya ingat, mudah lupa dan sulit konsentrasi.
6. Perasaan depresi : hilangnya minat, berkurangnya kesenangan pada hoby, sedih, perasaan tidak menyenangkan sepanjang hari.
7. Gejala somatik: nyeri path otot-otot dan kaku, gertakan gigi, suara tidak stabil dan kedutan otot.
8. Gejala sensorik: perasaan ditusuk-tusuk, penglihatan kabur, muka merah dan pucat serta merasa lemah.
9. Gejala kardiovaskuler : takikardi, nyeri di dada, denyut nadi mengeras dan detak jantung hilang sekejap.
10. Gejala pemapasan : rasa tertekan di dada, perasaan tercekik, sering menarik napas panjang dan merasa napas pendek.
11. Gejala gastrointestinal: sulit menelan, obstipasi, berat badan menurun, mual dan muntah, nyeri lambung sebelum dan sesudah makan, perasaan panas di perut.
12. Gejala urogenital : sering keneing, tidak dapat menahan keneing, aminorea, ereksi lemah atau impotensi.
13. Gejala vegetatif : mulut kering, mudah berkeringat, muka merah, bulu roma berdiri, pusing atau sakit kepala.

14. Perilaku sewaktu wawancara : gelisah, jari-jari gemetar, mengkerutkan dahi atau kening, muka tegang, tonus otot meningkat dan napas pendek dan cepat.

Cara Penilaian kecemasan adalah dengan memberikan nilai dengan kategori:

0 = tidak ada gejala sama sekali

1 = Satu dari gejala yang ada

2 = Sedang/ separuh dari gejala yang ada

3 = berat/lebih dari $\frac{1}{2}$ gejala yang ada

4 = sangat berat semua gejala ada

Penentuan derajat kecemasan dengan cara menjumlah nilai skor dan item 1-14 dengan hasil:

1. Skor kurang dari 6 = tidak ada kecemasan.
2. Skor 7 – 14 = kecemasan ringan.
3. Skor 15 – 27 = kecemasan sedang.
4. Skor lebih dari 27 = kecemasan berat.

E. Komunikasi Terapeutik

1. Pengertian

Komunikasi terapeutik adalah suatu pengalaman bersama antara perawat dan klien yang bertujuan untuk menyelesaikan masalah klien.

2. Tujuan Komunikasi Terapeutik :

- a) Membantu pasien untuk memperjelas dan mengurangi beban perasaan dan pikiran serta dapat mengambil tindakan untuk mengubah situasi yang ada bila pasien percaya pada hal-hal yang diperlukan.
- b) Mengurangi keraguan, membantu dalam hal mengambil tindakan yang efektif dan mempertahankan kekuatan egonya
- c) Mempengaruhi orang lain, lingkungan fisik dan dirinya sendiri dalam hal peningkatan derajat kesehatan.

- d) Mempererat hubungan dan interaksi antara klien dan terapis (tenaga kesehatan) secara profesional proporsional dalam rangka membantu penyelesaian masalah klien.

3. Faktor Yang Mempengaruhi

Faktor yang mempengaruhi komunikasi terapeutik :

- a) Pendidikan, semakin tinggi pendidikan semakin mudah menerima informasi.
- b) Lama bekerja, semakin lama bekerja semakin banyak pengalaman dalam berkomunikasi.
- c) Pengetahuan, semakin banyak pengetahuan yang didapat dari proses belajar, semakin banyak keterampilan yang didapat dalam berkomunikasi.
- d) Sikap, apa yang diperlihatkan dari sikap akan berpengaruh terhadap komunikasi yang dilakukan.
- e) Kondisi psikologis, dibutuhkan kondisi psikologis yang baik untuk menjadikan komunikasi bersifat terapeutik.
- f) Situasi/suasana Situasi/suasana yang hiruk pikuk atau penuh kebisingan akan mempengaruhi baik/tidaknya pesan diterima oleh komunikan, suara bising yang diterima komunikan saat proses komunikasi berlangsung membuat pesan tidak jelas, kabur, bahkan sulit diterima. Oleh karena itu, sebelum proses komunikasi dilaksanakan, lingkungan harus diciptakan sedemikian rupa supaya tenang dan nyaman. Komunikasi yang berlangsung dan dilakukan pada waktu yang kurang tepat mungkin diterima dengan kurang tepat pula. Misalnya, apabila perawat memberikan penjelasan kepada orang tua tentang cara menjaga kesterilan luka pada saat orang tua sedang sedih, tentu saja pesan tersebut kurang diterima dengan baik oleh orang tua karena perhatian orang tua tidak berfokus pada pesan yang disampaikan perawat, melainkan pada perasaan sedihnya.

- g) Kejelasan pesan, Kejelasan pesan akan sangat mempengaruhi keefektifan komunikasi. Pesan yang kurang jelas dapat ditafsirkan berbeda oleh komunikan sehingga antara komunikan dan komunikator dapat berbeda persepsi tentang pesan yang disampaikan. Hal ini akan sangat mempengaruhi pencapaian tujuan komunikasi yang dijalankan. Oleh karena itu, komunikator harus memahami pesan sebelum menyampaikannya pada komunikan, dapat dimengerti komunikan dan menggunakan artikulasi dan kalimat yang jelas.

Selain faktor di atas ada faktor lain, yaitu :

- a) Faktor internal yang meliputi usia klien, kondisi klien, stress hospitalisasi.
- b) Faktor eksternal diantaranya sistem sosial (Kariyoso,1994), saluran berupa suara, sikap tubuh. Lingkungan merupakan faktor eksternal lain yang juga mempengaruhi keberhasilan komunikasi terapeutik.

4. Fase-Fase Komunikasi Terapeutik Terhadap Klien

- a) Tahap Persiapan (Prainteraksi)

Tahap Persiapan atau prainteraksi sangat penting dilakukan sebelum berinteraksi dengan klien (Christina, dkk, 2002). Pada tahap ini perawat menggali perasaan dan mengidentifikasi kelebihan dan kekurangannya. Pada tahap ini perawat juga mencari informasi tentang klien. Kemudian perawat merancang strategi untuk pertemuan pertama dengan klien. Tahap ini harus dilakukan oleh seorang perawat untuk memahami dirinya, mengatasi kecemasannya, dan meyakinkan dirinya bahwa dia siap untuk berinteraksi dengan klien (Suryani, 2005).

Tugas perawat pada tahap ini antara lain:

- 1) Mengeksplorasi perasaan, harapan, dan kecemasan. Sebelum berinteraksi dengan klien, perawat perlu

mengkaji perasaannya sendiri (Stuart, G.W dalam Suryani, 2005). Perasaan apa yang muncul sehubungan dengan interaksi yang akan dilakukan. Apakah ada perasaan cemas? Apa yang dicemaskan? (Suryani, 2005).

- 2) Menganalisis kekuatan dan kelemahan sendiri. Kegiatan ini sangat penting dilakukan agar perawat mampu mengatasi kelemahannya secara maksimal pada saat berinteraksi dengan klien. Misalnya seorang perawat mungkin mempunyai kekuatan mampu memulai pembicaraan dan sensitif terhadap perasaan orang lain, keadaan ini mungkin bisa dimanfaatkan perawat untuk memudahkannya dalam membuka pembicaraan dengan klien dan membina hubungan saling percaya (Suryani, 2005).
- 3) Mengumpulkan data tentang klien. Kegiatan ini juga sangat penting karena dengan mengetahui informasi tentang klien perawat bisa memahami klien. Paling tidak perawat bisa mengetahui identitas klien yang bisa digunakan pada saat memulai interaksi (Suryani, 2005).
- 4) Merencanakan pertemuan yang pertama dengan klien. Perawat perlu merencanakan pertemuan pertama dengan klien. Hal yang direncanakan mencakup kapan, dimana, dan strategi apa yang akan dilakukan untuk pertemuan pertama tersebut (Suryani, 2005).

b) Tahap Perkenalan

Perkenalan merupakan kegiatan yang dilakukan saat pertama kali bertemu atau kontak dengan klien (Christina, dkk, 2002). Pada saat berkenalan, perawat harus memperkenalkan dirinya terlebih dahulu kepada klien (Brammer dalam Suryani, 2005). Dengan memperkenalkan dirinya berarti perawat telah bersikap terbuka pada klien dan ini diharapkan akan mendorong klien untuk membuka dirinya (Suryani,

2005). Tujuan tahap ini adalah untuk memvalidasi keakuratan data dan rencana yang telah dibuat dengan keadaan klien saat ini, serta mengevaluasi hasil tindakan yang lalu (Stuart, G.W dalam Suryani, 2005).

Tugas perawat pada tahap ini antara lain:

- 1) Membina rasa saling percaya, menunjukkan penerimaan, dan komunikasi terbuka. Hubungan saling percaya merupakan kunci dari keberhasilan hubungan terapeutik (Stuart, G.W dalam Suryani, 2005), karena tanpa adanya rasa saling percaya tidak mungkin akan terjadi keterbukaan antara kedua belah pihak. Hubungan yang dibina tidak bersifat statis, bisa berubah tergantung pada situasi dan kondisi (Rahmat, J dalam Suryani 2005). Karena itu, untuk mempertahankan atau membina hubungan saling percaya perawat harus bersikap terbuka, jujur, ikhlas, menerima klien apa adanya, menepati janji, dan menghargai klien (Suryani, 2005).
- 2) Merumuskan kontrak pada klien (Christina, dkk, 2002). Kontrak ini sangat penting untuk menjamin kelangsungan sebuah interaksi (Barammer dalam Suryani, 2005). Pada saat merumuskan kontrak perawat juga perlu menjelaskan atau mengklarifikasi peran-peran perawat dan klien agar tidak terjadi kesalah pahaman klien terhadap kehadiran perawat. Disamping itu juga untuk menghindari adanya harapan yang terlalu tinggi dari klien terhadap perawat karena karena klien menganggap perawat seperti dewa penolong yang serba bisa dan serba tahu (Gerald, D dalam Suryani, 2005). Perawat perlu menekankan bahwa perawat hanya membantu, sedangkan kekuatan dan keinginan untuk berubah ada pada diri klien sendiri (Suryani, 2005).

- 3) Menggali pikiran dan perasaan serta mengidentifikasi masalah klien. Pada tahap ini perawat mendorong klien untuk mengekspresikan perasaannya. Dengan memberikan pertanyaan terbuka, diharapkan perawat dapat mendorong klien untuk mengekspresikan pikiran dan perasaannya sehingga dapat mengidentifikasi masalah klien.
- 4) merumuskan tujuan dengan klien. Perawat perlu merumuskan tujuan interaksi bersama klien karena tanpa keterlibatan klien mungkin tujuan sulit dicapai. Tujuan ini dirumuskan setelah klien diidentifikasi.

Fase orientasi, fase ini dilaksanakan pada awal setiap pertemuan kedua dan seterusnya, tujuan fase ini adalah memvalidasi keakuratan data, rencana yang telah dibuat dengan keadaan klien saat ini, dan mengevaluasi hasil tindakan yang lalu. Umumnya dikaitkan dengan hal yang telah dilakukan bersama klien (Cristina, dkk, 2002).

c) Tahap Kerja

Tahap kerja ini merupakan tahap inti dari keseluruhan proses komunikasi terapeutik (Stuart, G.W dalam Suryani, 2005). Pada tahap ini perawat dan klien bekerja bersama-sama untuk mengatasi masalah yang dihadapi klien. Pada tahap kerja ini dituntut kemampuan perawat dalam mendorong klien mengungkapkan perasaan dan pikirannya. Perawat juga dituntut untuk mempunyai kepekaan dan tingkat analisis yang tinggi terhadap adanya perubahan dalam respons verbal maupun nonverbal klien.

Pada tahap ini perawat perlu melakukan active listening karena tugas perawat pada tahap kerja ini bertujuan untuk menyelesaikan masalah klien. Melalui active listening,

perawat membantu klien untuk mendefinisikan masalah yang dihadapi, bagaimana cara mengatasi masalahnya, dan mengevaluasi cara atau alternatif pemecahan masalah yang telah dipilih.

Perawat juga diharapkan mampu menyimpulkan percakapannya dengan klien. Teknik menyimpulkan ini merupakan usaha untuk memadukan dan menegaskan hal-hal penting dalam percakapan, dan membantu perawat-klien memiliki pikiran dan ide yang sama (Murray, B & Judth dalam Suryani, 2005). Tujuan teknik menyimpulkan adalah membantu klien menggali hal-hal dan tema emosional yang penting (Fontaine & Fletcner dalam Suryani, 2005)

d) Tahap Terminasi

Terminasi merupakan akhir dari pertemuan perawat dengan klien (Christina, dkk, 2002). Tahap ini dibagi dua yaitu terminasi sementara dan terminasi akhir (Stuart, G.W dalam Suryani, 2005).

- 1) **Terminasi sementara** adalah akhir dari tiap pertemuan perawat-klien, setelah terminasi sementara, perawat akan bertemu kembali dengan klien pada waktu yang telah ditentukan.
- 2) **Terminasi akhir** terjadi jika perawat telah menyelesaikan proses keperawatan secara keseluruhan.

Tugas perawat pada tahap ini antara lain:

- 1) Mengevaluasi pencapaian tujuan dari interaksi yang telah dilaksanakan. Evaluasi ini juga disebut evaluasi objektif. Dalam mengevaluasi, perawat tidak boleh terkesan menguji kemampuan klien, akan tetapi sebaiknya terkesan sekedar mengulang atau menyimpulkan.
- 2) Melakukan evaluasi subjektif. Evaluasi subjektif dilakukan dengan menanyakan perasaan klien setelah berinteraksi dengan perawat. Perawat perlu mengetahui

bagaimana perasaan klien setelah berinteraksi dengan perawat. Apakah klien merasa bahwa interaksi itu dapat menurunkan kecemasannya? Apakah klien merasa bahwa interaksi itu ada gunanya? Atau apakah interaksi itu justru menimbulkan masalah baru bagi klien.

- 3) Menyetakati tindak lanjut terhadap interaksi yang telah dilakukan. Tindakan ini juga disebut sebagai pekerjaan rumah untuk klien. Tindak lanjut yang diberikan harus relevan dengan interaksi yang akan dilakukan berikutnya. Misalnya pada akhir interaksi klien sudah memahami tentang beberapa alternative mengatasi marah. Maka untuk tindak lanjut perawat mungkin bisa meminta klien untuk mencoba salah satu dari alternative tersebut.
 - 4) Membuat kontrak untuk pertemuan berikutnya. Kontrak ini penting dibuat agar terdapat kesepakatan antara perawat dan klien untuk pertemuan berikutnya. Kontrak yang dibuat termasuk tempat, waktu, dan tujuan interaksi.
- Proses terminasi perawat-klien merupakan aspek penting dalam asuhan keperawatan, sehingga jika hal tersebut tidak dilakukan dengan baik oleh perawat, maka regresi dan kecemasan dapat terjadi lagi pada klien. Timbulnya respon tersebut sangat dipengaruhi oleh kemampuan perawat untuk terbuka, empati dan responsif terhadap kebutuhan klien pada pelaksanaan tahap sebelumnya. Stuart G.W. (1998) dalam Suryani (2005)*

F. Hubungan kecemasan dengan pasien dengan Sindrom Koroner Akut Non STEMI

Kecemasan sering kali berkembang selama jangka waktu dan sebagian besar tergantung pada seluruh pengalaman hidup seseorang. Peristiwa-peristiwa atau situasi khusus dapat mempercepat munculnya serangan kecemasan.

Pasien dengan infark miokard akut mengeluh akan keadaannya akibat fisiologis perubahan inflamasi atau dari sifat miokard itu sendiri. Dampak kardiovaskuler dari kecemasan memancar dari stimulasi sistem saraf simpatik dan keluarnya adrenalin dan noradrenalin yang berakibat pada naiknya tekanan darah, denyut nadi dan tingkat kebutuhan oksigen miokard. Jika kecemasan berlangsung terus-menerus maka akan merangsang pelepasan sitokin inflamasi yang berkembang terjadinya gangguan endotel terkait dengan aterosklerosis dan sindrom koroner akut (Sauvet et al, 2010 & Daneshmandi , 2012 & Mullington et al, 2012)

Ansietas adalah perasaan tidak nyaman atau kekhawatiran yang samar disertai respon otonom, perasaan takut yang disebabkan oleh antisipasi terhadap bahaya. Hal ini merupakan isyarat kewaspadaan yang memperingatkan individu akan adanya bahaya dan memungkinkan individu untuk bertindak menghadapi ancaman (NANDA, 2018-2020)

Berpijak dari penjelasan diatas maka dapat dikatakan bahwa faktor faktor tidak nyaman atau khawatir merupakan salah satu faktor yang mengganggu kenyamanan pasien

G. Manajemen Asuhan Keperawatan pada pasien dengan ansietas

1. Pengkajian

Pengkajian asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan tidur menurut Tarwoto & Wartonah (2010) yaitu :

a. Riwayat Keperawatan

- 1) Apakah ada perubahan perilaku, Kecemasan di ukur dengan HARS. yang terdiri dari 14(Empat belas) komponen, yaitu perasaan ansietas, ketegangan, ketakutan, gangguan tidur, gangguan kecerdasan, perasaan depresi, gejala somatik(otot), gejala somatik (sensorik), gejala kardiovaskuler, gejala respiratory,gejala gastrointestinal, gejala urogenital, gejala otonom, dan tingkah laku saat wawancara.. Masing-masing komponen memiliki kisaran nilai 0 –4 dengan 0 menunjukkan tidak adanya kecemasan dan 4 menunjukkan kecemasan yang berat sekali. Skor dari keempat belas komponen tersebut dijumlahkan menjadi 1 (satu) skor global dengan kisaran nilai 0 –56. Jumlah skor tersebut disesuaikan dengan kriteria penilaian yang dikelompokkan sebagai berikut.
“Tidak ada kecemasan: ≤ 14 ” dan “Kecemasan berat sekali: 42-56”
- 2) Dampak kecemasan terhadap fungsi sehari-hari:
Apakah merasa segar saat bangun, apa yang terjadi jika kurang tidur.
- 3) Gangguan kecemasan atau faktor-faktor kontribusi :
jenis cemas,kapan masalah itu terjadi.

b. Pemeriksaan Fisik

1. Observasi penampilan wajah, perilaku, dan tingkat energi pasien

2. Adanya lingkaran hitam disekitar mata, mata sayu, dan konjungtiva merah karena kurang tidur.
3. Perilaku : iritabel, kurang perhatian, pergerakan lambat, bicara lambat, postur tubuh tidak stabil, tangan tremor, sering menguap, mata tampak lengket, menarik diri, bingung, dan kurang koordinasi.

c. Pemeriksaan Diagnostik

Elektroencefalogram (EEG) adalah alat untuk mengukur aktivitas listrik dalam korteks serebral (otak).

- 1) Elektromiogram (EMG) adalah alat untuk mengukur tonus otot.
- 2) Elektrookulogram (EOG) adalah alat untuk mengukur gerakan mata dan memberikan informasi struktur aspek fisiologis tidur.

d. Analisa Data

Data dasar adalah sekumpulan data yang berisikan mengenai status kesehatan klien, kemampuan klien untuk mengelola kesehatan terhadap dirinya sendiri.

e. Intervensi

Intervensi adalah kategori dari perilaku keperawatan dimana tujuan yang berpusat pada klien dan hasil yang diperkirakan ditetapkan dalam intervensi keperawatan dipilih untuk mencapai tujuan tersebut (Potter & Perry, 2005). Tujuan dari perencanaan keperawatan pada masalah kebutuhan istirahat dan tidur ialah untuk mempertahankan kebutuhan istirahat dan tidur dalam batas normal, penurunan waktu mulai tidur dan peningkatan jumlah jam tidur malam serta secara verbal klien mengatakan dapat lebih rileks dan lebih segar saat terbangun dari tidur (Wilkinson, 2006; Tarwoto & Wartonah, 2010). Adapun intervensi menurut *Nursing Intervention Classification* adalah Lakukan pengkajian masalah gangguan tidur klien, karakteristik, dan penyebab kurang tidur, anjurkan klien untuk mengurangi distraksi lingkungan dan hal-hal

yang dapat mengganggu tidur, anjurkan klien untuk tidur dengan posisi yang nyaman, anjurkan klien untuk meningkatkan aktivitasnya pada siang hari.

BAB III

LAPORAN KASUS

Bab ini menjelaskan tentang asuhan keperawatan pada pasien yang mengalami kecemasan dan telah diberikan intervensi komunikasi terapeutik di ruang ICCU Rumah Sakit Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Asuhan keperawatan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi dan evaluasi keperawatan.

A. Pengkajian keperawatan

Pada pengkajian Tn. Y di dapatkan pasien mengalami kecemasan cukup berat, didapatkan hasil pemeriksaan fisik dengan tanda-tanda vital tekanan darah 133/91 mmhg, frekuensi pernapasan 22x/menit, frekuensi nadi 100x/menit, dan suhu tubuh 36,7°C, Pasien mengatakan pada hari minggu tanggal 25 November 2019 jam 07.00 pagi, pasien mengeluh nyeri dada sebelah kiri hilang timbul, sesak nafas, badan lemas, perut terasa penuh kembung, lalu pasien langsung dilarikan ke IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie. Pasien menyatakan punya riwayat Hipertensi. Dirumah pasien minum obat dari dokter berupa Nitrokat 5 mg 2x1, Amlodipine 10 mg 1x1 dan Spirola 25 mg 1x1. dengan tanda-tanda vital TD 133/91, SPO2 97%, RR 22x/i dan dirujuk ke RSUD Abdul Wahab Sjahranie di IGD keluhan dada masih terasa nyeri, nafas terasa sesak apabila terlalu banyak bergerak, pasien mempunyai riwayat tekanan darah tinggi dan tidak pernah dilakukan pembedahan.

Setelah mendapatkan tindakan atau perawatan di instalasi gawat darurat, pasien langsung dipindahkan ke ruang ICCU RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda untuk mendapatkan perawatan lebih intensif terkait dengan sakitnya. Hasil dari pengkajian penulis didapatkan keadaan pasien tampak kelelahan dan menutup diri.

Hasil pengkajian selanjutnya konjungtiva anemis, pasien lemas dan dibatasi untuk beraktivitas (tirah baring), pemenuhan kebutuhan dasar pasien sebagian dibantu oleh perawat ruangan dan keluarga. Selama dirawat pasien

sangat rentan mengalami kelelahan jika melakukan aktivitas atau terlalu banyak bergerak. Seperti perubahan posisi ataupun terlalu banyak berbicara . sehingga aktivitas sangat dibatasi.

Hasil pengkajian terkait pola makan didapatkan data bahwa pasien makan 2-3 perhari , dalam sekali makan, pasien terkadang menghabiskan makanan namun terkadang hanya $\frac{1}{2}$ yang telah disediakan oleh pihak rumah sakit, dikarnakan pasien masih merasa kenyang ataupun merasa lelah serta . Pada pola minum pasien biasanya dalam sehari sebanyak $\frac{1}{2}$ gelas besar (± 450 cc) air putih. Pengkajian pola tidur didapatkan bahwa pasien sering kali terbangun saat tidur, tidak merasa nyanyak. Pada malam hari tidurnya sekitar jam 22.00 wita dan terkadang sering terbangun pada pukul 00.00 wita ataupun sekitar jam 05.00 wita, pasien mengatakan pada siang hari tidurnya pun tidak tidur yang benar-benar pulas , berdasarkan pada hasil psikologis pasien didapatkan tentang kondisi emosi pasien naik turun, kegelisahan pasien terhadap sakitnya lumayan berat. Saat berkomunikasi dengan pasien wajah atau mimik pasien tampak murung dan menutup diri.

Berdasarkan pengkajian menggunakan skala Norton didapatkan pasien dengan skor 15 dimana resiko sedang terjadi decubitus. Status gizi pasien dengan data antropometri yaitu : BB 60 kg , TB : 175 cm, dengan hasil pasien tidak mengalami penurunan gizi . pasien juga tidak mengalami alergi , saat pengkajian pada pasien tetap dilakukan pemeriksaan EKG , pemeriksaan laboratorium dan terapi farmakologi yang sudah diberikan oleh tenaga kesehatan.

B. Analisa data

Berdasarkan dari hasil pengkajian yang telah dilakukan , kemudian dilakukan analisa data dan penegakan diagnosa keperawatan yang sesuai dengan masalah yang dialami pasien. Hasil analisis terdapat pada tabel 3.1 dibawah ini :

Tabel 3.1 Analisa Data Pasien Kelolaan

Data	Etiologi	Diagnosa
Ds : Pasien mengatakan merasa lelah saat mau beraktifitas dan merasa tidak bertenaga. Do : - Nadi 86x/mnt, teraba kuat - Tekanan darah 133/91 mmHg - Hasil EKG : ST depresi pada lead II,III, AVF - Kalium : 3,2 mmol/L - CRT : <2 detik - Tidak ada sianosis	Perubahan irama jantung	Risiko penurunan curah jantung
Ds : Pasien mengatakan tidak ada keluhan Do: - Pasen terlihat cemas. - Gelisah. - Pasien tampak tidak nyaman. - terlihat lesu - Pasien tampak menunduk Nadi : 86 x/m	Perubahan besar status kesehatan	Ansietas
Ds : Pasien mengatakan tidak ada keluhan Do: - Pasen terlihat cemas. - Gelisah. - Pasien tampak tidak nyaman. - Pasien tampak menangis - terlihat lesu - Pasien tampak menunduk Nadi : 86 x/m	Penyakit	Gangguan Citra Tubuh

C. Diagnose Keperawatan

Didapatkan tiga prioritas masalah keperawatan berdasar pada hasil analisis data, yaitu Risiko penurunan curah jantung, Ansietas, dan gangguan citra tubuh. Dalam penelitian ini di angkat masalah Kecemasan karena pasien terlihat gelisah dan tidak mau terlalu berinteraksi dengan perawat

yang ada diruangan dan sering menangis tiba-tiba serta pasien merasa asing dengan lingkungan sekitar dan adanya suara monitor. Dampak kardiovaskuler dari kecemasan memancar dari stimulasi sistem saraf simpatik dan keluarnya adrenalin dan noradrenalin yang berakibat pada naiknya tekanan darah, denyut nadi dan tingkat kebutuhan oksigen miokard.

D. Rencana Intervensi, Implementasi Dan Evaluasi Keperawatan Khusus Kelolaan

1. Rencana Intervensi, Implementasi Dan Evaluasi Keperawatan ; Risiko penurunan curah jantung

1.1 Rencana intervensi keperawatan

Recana intervensi keperawatan yang perlu dilakukan untuk mengurangi kecemasan. Tujuan umum dari intervensi yang diberikan yaitu status psikologi pasien menjadi lebih baik . Untuk mencapai tujuan intervensi akan dilakukan menurut NIC (*nursing interventions classification*) tahun 2013. Intervensi yang akan dilakukan yaitu dengan Evaluasi adanya nyeri dada (intensitas,lokasi, durasi),Monitor status kardiovaskuler, monitor status pernafasan yang menandakan gagal jantung, monitor abdomen sebagai indikator penurunan perfusi, monitor balance cairan, monitor adanya perubahan tekanan darah, monitor respon pasien terhadap efek pengobatan antiaritmia, atur periode latihan dan istirahat untuk menghindari kelelahan, monitor toleransi aktivitas pasien, anjurkan untuk menurunkan stress

1.2 Implementasi

Implementasi yang dilakukan agar status psikologi pasien menjadi baik yaitu dengan memposisikan membuat pasien nyaman dengan melakukan pendekatan komunikasi terapeutik dengan tepat, memonitor tekanan darah (saat berbaring , duduk, dan berdiri, sebelum dan setelah perubahan

posisi) , monitor tekanan darah , denyut nadi, dan pernapasan (sebelum, selama dan setelah beraktivitas) dengan tepat

1.3 Evaluasi

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari masalah kecemasan dapat dilakukan evaluasi sesuai dengan target waktu intervensi . evaluasi subjektif yang didapatkan pasien mengatakan napasnya tidak sesak lagi seperti sebelumnya , hasil evaluasi subjektif dari intervensi yang telah dilakukan yaitu RR 22x/menit, irama pernapasan teratur, dan tanda-tanda gelisah berkurang

2. Rencana intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan : Ansietas

2.1 Rencana intervensi keperawatan

Rencana intervensi keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi masalah penurunan curah jantung adalah tujuan umum dari intervensi yang diberikan yaitu meneurut (NIC) tahun 2013 yaitu dengan menggunakan pendekatan yang menenangkan, menyatakan dengan jelas harapan terhadap pelaku pasien, menjelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur, menemani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi takut, memberikan informasi faktual mengenai diagnosis, tindakan prognosis, melibatkan keluarga untuk mendampingi klien, menginstruksikan pada pasien untuk menggunakan tehnik relaksasi, mendengarkan dengan penuh perhatian, mengidentifikasi tingkat kecemasan, membantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan, mendorong pasien untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan, persepsi

2.2 Implementasi

Implementasi yang dilakukan pada pasien agar psikologis pasien lebih baik yaitu membuat pasien nyaman dengan kehadiran perawat, memonitor tanda-tanda vital seperti tekanan darah, nadi, status pernapasan, suhu tubuh dengan tepat sebelum dan setelah perubahan posisi, Memonitor tekanan darah, denyut nadi, pernafasan selama, sebelum dan setelah beraktivitas.

2.3 Evaluasi

Setelah dilakukan tindakan selama 3 hari, masalah penurunan tingkat kecemasan dapat dilakukan evaluasi sesuai dengan target waktu intervensi. Hasil evaluasi intervensi yang telah dilakukan terkait masalah penurunan curah jantung. Evaluasi subjektif yang didapatkan yaitu pasien mengatakan badannya sudah mulai enak, sudah dapat beraktivitas atau bergerak ke kamar mandi, duduk dan berbaring. Evaluasi objektif didapatkan Td: 124/80mmhg, HR ; 86x/m, SPO2 100%, dapat beraktivitas dengan mandiri sesuai kebutuhan. Rencana tindak lanjut yang perlu dilakukan untuk mengatasi masalah penurunan curah jantung yaitu pertahankan kepatenan akses selang iv, monitor gas darah arteri, level serum serum urin (elektrolit jika diperlukan), monitor pola napas, monitor intake dan output, monitor kehilangan asam

(misal: muntah, diare, dan diuresis) beri pengobatan yang sudah diresepkan dengan cara yang tepat dan berikan terapi oksigen dengan tepat. Monitor tanda-tanda vital

3. Rencana intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan : gangguan citra tubuh

3.1 rencana intervensi keperawatan

Masalah keperawatan yang menjadi prioritas pada pasien kelolaan yaitu gangguan pola tidur. tujuan umum asuhan

keperawatan yang diberikan menurut (NIC) tahun 2013 yaitu Mengurangi tekanan, ketakutan, firasat, maupun ketidaknyamanan terkait dengan sumber-sumber bahaya yang tidak teridentifikasi , untuk mencapai tujuan tersebut maka rencana intervensi yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah kecemasan. Jelaskan pentingnya tetap tenang dan tidak terlalu stress selama sakit, tentukan efek dari obat yang dikonsumsi pada pasien cemas, sesuaikan lingkungan misalnya cahaya dan kebisingan, kemudian bantu untuk menghilangkan situasi stress saat pasien bangun dengan memberi ketenangan, salah satunya yaitu dengan *terapi terapeutik* yang mempunyai efek meningkatkan rasa percaya diri pasien, Dengan demikian *terapi terapeutik* dapat digunakan untuk mengurangi stress dan kecemasan yang membantu pasien meningkatkan kualitas hidup dan kecepatan pemulihan.

3.2 implementasi

Implementasi keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi kecemasan yaitu dengan menggunakan terapi terapeutik yang mampu memberikan efek tenang, mengurangi kecemasan, mengurangi rasa sakit. Implementasi yang dilakukan pada pasien agar psikologis pasien lebih baik yaitu membuat pasien nyaman dengan kehadiran perawat, memonitor tanda-tanda vital seperti tekanan darah, nadi, status pernapasan, suhu tubuh dengan tepat sebelum dan setelah perubahan posisi, Memonitor tekanan darah, denyut nadi, pernafasan selama, sebelum dan setelah beraktivitas.

3.3 Evaluasi

Hasil dari intervensi yang diberikan, didapatkan berkurangnya rasa gelisah pasien. Evaluasi subjektif yang didapatkan yaitu pasien sudah bisa berkomunikasi dengan sangat baik mulai dari malam ketiga perawatan. Dan pasien juga mengatakan tidak terbangun lagi, merasa lebih nyaman setelah

bangun tidur dan tidak sulit lagi untuk memulai tidur. Evaluasi objektif yang didapatkan dari hasil intervensi yaitu pasien mampu mengatur emosinya .

E. Rencana intervensi , implementasi dan evaluasi keperawatan inovasi

1. Ansietas

3.1 Intervensi

Rencana intervensi keperawatan yang diperlu dilakukan untuk menatasi masalah ansietas. Tujuan umum asuhan keperawatan yang diberikan yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari. Diharapkan kegelisahan pasien berkurang. Indikator tercapainya tujuan dibuktikan dengan mimik wajah, kualitas tidur, perasaan segar setelah tidur tidak terganggu. indikator lainnya yaitu kemampuan pasien dalam mengatur emosinya. Untuk mencapai tujuan tersebut menurut *nursing interventions classification* (NIC) tahun 2013 untuk mencapai tujuan tersebut maka rencana intervensi yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah ansietas dengan (HARS). Alat ini merupakan alat untuk menilai tingkat kecemasan. Alat ini terdiri dari 19 point pertanyaan yang berada dalam 7 komponen nilai dan 5 pertanyaan untuk teman sekamar. 19 pertanyaan ini mengkaji secara luar faktor yang berhubungan dengan tidur seperti durasi tidur, lantensi tidur, dan masalah tidur. Setiap skor komponen memiliki rentang nilai 0-3. Ketujuh komponen di jumlahkan sehingga teradapat skor 0-12, dimana skor lebih tinggi 5 menandakan kualita tidur yang buruk

(Nancy w, 2006) , kemudian Jelaskan pentingnya tidur selama sakit, tentukan efek dari obat yang dikonsumsi pada pasien terhadap pola tidur , sesuaikan lingkungan misalnya cahaya dan kebisingan, kemudian bantu untuk menghilangkan situasi stess

sebelum tidur dengan relaksasi salah satunya yaitu dengan *foot massage* menggunakan *oil lavender* yang merupakan salah satu terapi komplementer yang aman dan mudah diberikan dan mempunyai efek meningkatkan sirkulasi, mengeluarkan sisa metabolisme, merelaksasi otot, memerikan rasa nyaman pada pasien. Dengan demikian *massage therapy* dapat digunakan untuk meningkatkan relaksasi otot, untuk mengurai rasa sakit, stress dan kecemasan yang membantu pasien meningkatkan kualitas tidur dan kecepatan pemulihan. Intervensi dilakukan selama 3 hari selama 5-10 menit. Malam pertama dilakukan intervensi , dan intervensi dimulai pada tanggal 2 desember 2019 . dimana sebelumnya pasien dilakukan pengkajian pola tidur pre test menggunakan metode (PAQI), intervensi keperawatan dapat berjalan dengan lancar samapai target waktu yang direncanakan. Pasien tidak memiliki terkait dengan intervensi yang dilakukan. Selain dengan mengguanaan *foot massage* esensial *oil lavender* , intervensi lain juga diberi untuk mengatasi gangguan pola tidur, kemudiaan melakukan post test setelah bangun tidurnya.

3.2 implementasi

Implementasi keperawatan unggulan yang dilakukan untuk mengatasi ansietas yaitu penggunaan fkomunikasi terapeutik mampu memberikan efek tenang dalam mengurangi kecemasan, mengurangi rasa sakit dan ketidaknyamanan secara fisik. Komunikasi adalah suatu proses penyampaian informasi baik itu pesan, ide, maupun gagasan dari satu pihak kepada pihak lain. Umumnya komunikasi dilakukan secara lisan maupun verbal yang dapat dimengerti oleh kedua belah pihak. Apabila tidak terdapat bahasa verbal, dapat menggunakan bahasa isyarat seperti tersenyum, *gesture* tubuh, menggelengkan kepala, dan lain-lain.

Implementasi dimulai pada tanggal 27 november 2019 . Komunikasi terapeutik adalah suatu pengalaman bersama antara perawat dan klien yang bertujuan untuk menyelesaikan masalah klien. . Dimana pasien sebelumnya dilakukan per test pengkajian kecemasan menggunakan metode HARS. Kualitas cemas diukur pada pagi hari setelah pasien bangun dari tidurnya, selanjutnya pasien diberikan intervensi . Intervensi dimulai dengan menanyakan kabar pasien, perasaan pasien, dan juga mempersilahkan pasien untuk mengungkapkan apa yang membuat pasien sering gelisah, kemudian setelah dilakukan intervensi pasien di berikan post test kemudian dipersilahkan beristirahat.

3.3 Evaluasi

Hasil dari intervensi yang diberikan didapatkan berkurangnya kecemasan pada pasien, pada evaluasi subjektif didapatkan pasien sudah bisa berinteraksi dengan baik dan mampu mengatur emosinya.. Evaluasi objektif didapatkan dari hasil intervensi yaitu pasien mampu memulai percakapan dengan orang lain dan lebih terbuka. Rencana tindak lanjut untuk masalah kecemasan pasien yaitu memotivasi pasien untuk terbuka dan tidak menutup diri.

Tabel 3.2 Hasil pencatatan Kecemasan sebelum dan sesudah dilakukan tindakan inovasi

Hari / tanggal / jam	Sebelum	Sesudah
Rabu 27/11/19 07:00	<p>S: Pasien mengatakan tidak ada keluhan</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terlihat cemas. - Gelisah. - Pasien tampak tidak nyaman. - terlihat lesu -Pasien tampak menunduk 	<p>S: Pasien masih mengatakan tidak ada keluhan</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terlihat cemas. - Gelisah. - Pasien tampak tidak nyaman. - terlihat lesu -Pasien tampak menunduk
Kamis 28/11/19 14:00	<p>S: Pasien mengatakan tidak ada keluhan</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terlihat cemas. - Gelisah. - Pasien tampak tidak nyaman. - terlihat lesu - Pasien tampak menunduk 	<p>S : Pasien mengatakan tidak ada keluhan</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terlihat lebih tenang tenang. - Pasien tampak nyaman. - Terlihat bugar Nadi : 82 x/m
Jumat 29/11/19 20:30	<p>Subjektif</p> <p>“ Saya jadi punya teman cerita mba, jadi saya tidak takut lagi sendirian disini”</p> <p>Objektif</p> <p>Td 132/91mmhg</p> <p>Konjungtiva amenis</p> <p>HR 98x/mnt</p>	<p>S : Pasien mengatakan tidak ada keluhan</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terlihat tenang. - Pasien tampak nyaman. - Terlihat bugar Nadi : 82 x/m

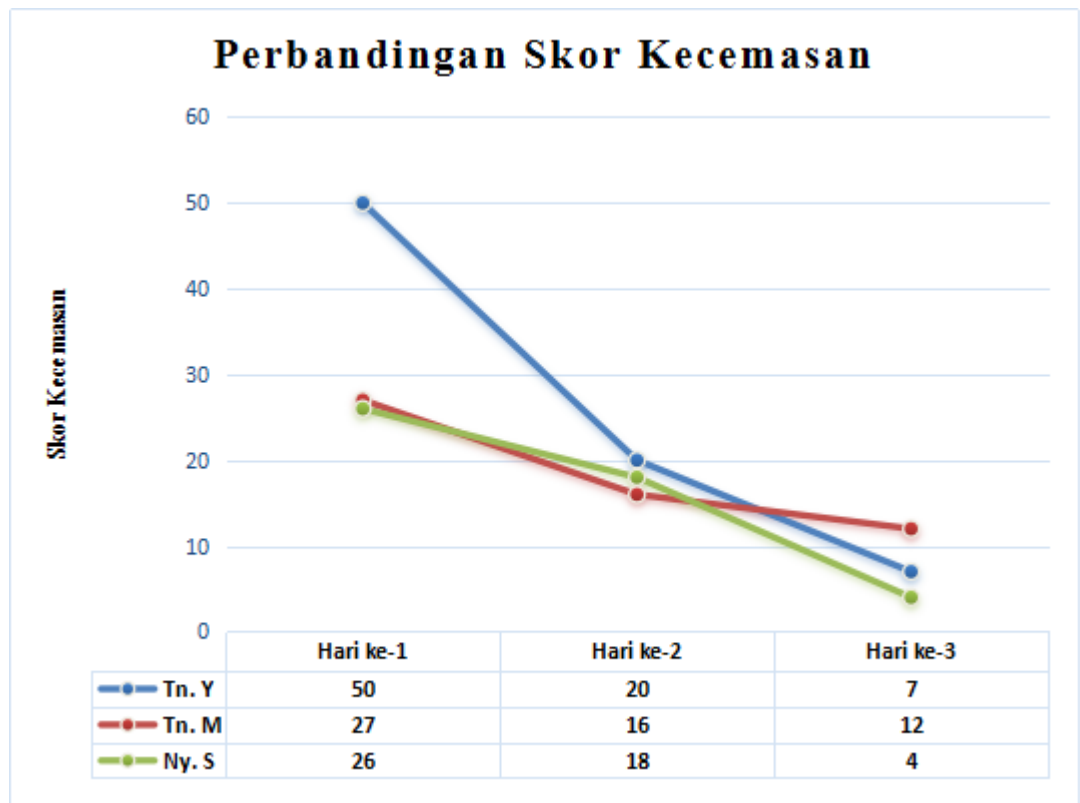
F. Perbandingan Hasil Intervensi

Tabel 3.3 Intervensi Penggunaan Komunikasi Terapeutik sebelum dan sesudah intervensi.

Nama Pasien	Sebelum	Sesudah
Tn. Y	50	7
Tn. M	27	12
Ny. S	26	4

Berdasarkan tabel 3.2 menunjukkan komunikasi terapeutik yang dilakukan sebagai teknik non farmakologi dalam menurunkan kecemasan pada pasien kelolaan dan pasien resume. Secara umum terjadi penurunan pada hari ke-1 setelah dilakukan intervensi sampai hari ke-3

Grafik 3.1 Perbandingan Skor Kecemasan Pasien Kelolaan Dan Resume



G. Asuhan Keperawatan Pasien Resume I

Pasien (Tn.M) seorang laki-laki yang berusia 47 tahun, status perkawinan menikah dengan memiliki 3 orang anak, pendidikan SMA, pasien masuk igd pada tanggal 14 november 2019, sekitar jam 13: 45. Pasien sebelumnya mengalami sesak napas dan nyeri dada yang dialami ± sejak malam hari dirumah .hingga akhirnya pasien dibawa ke rumah sakit abdul wahab sajahranie setelah tiba di IDG dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital TD :137 /66mmhg, HR 119 x/menit, RR 28x/menit dan suhu tubuh 36,3 oC , dengan GCS 15 E4V5M6 serta kekuatan estermitas yaitu atas 5,5 dan bawah 5, 5, tindakan yang dilakukan di IGD perekaman EKG, pemeriksaan drah lengkap, pada saat di igd dilakukan pemaangan infus rl pemberian oksigen 2-3 lpm , melakukan cek GDS CITO : 155 mg/dl, cek gds ulang cito 138mg/dl. Memerikan ijeksi arixtra 1x 2,5 (5c). pada pukul 17: 45 pasien diantar keruang ICCU dan dilakukan tindakan pemasangan bedside monitor oksigen 3 lpm . merekam ulang ekg dan memberikan injeksi lovenox (sc). hasil pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum pasien lemah , kesadaran composmentis GCS 15 e4v5m6, tanda – tanda vital didapatkan hasil tekanan darah 128/70mmgh , HR 95x/menit, RR 23x/menit , suhu 36,7 oC, MAP 102mmhg, SPO2 99% tinggi badan 156, berat badan 68kg, pasien mengatakan sebelumnya pernah dirawat di rumah sakit. Riwayat Kesehatan Pengobatan Perawatan Sekarang : Saat ini tn.a dirawat dirumah sakit abdul wahab sajahranie samarinda ruangan iccu.Tn.a sewaktu dirumah mengalami nyeri dada dan sesak napas, hingga dibawa ke igd rumah sakit dan dipindah kerungan iccu pada pukul 18:00 dengan GCS 15 e4v6m5 diruang iccu Tn.a mendapatkan perawatan dan pengobatan , pemberian infus Rl 10 tpm (300cc/jam), brilinta 2x90mg, asa 1x80mg, atorvastatin 1x20mg,isdn 3x5mg, amlodipin 1x10mg nitrokaf 5mg 1-0-1,candesartan 1x8mg Dari hasil pengkajian . tn.a mengatakan bahwa pernah melakukan operasi pasang ring 5tahun yang lalu, tn.a mengatakan pengobatan dan perawatan yang dilakukan yaitu mengkonsumsi obat-obatan dirumah yaitu isdn dengan pemberian oral,

cpg dengan pemberian oral, aspilet dengan pemberian oral Pada hasil pengkajian primer di airway, jalan nafas paten, tidak ada obstruksi , suara napas vesukuler, tidak ada pernapasan cupng hidung, pada pemeriksaan breathing gerakan dada simeteris, RR 23x/menit , irama nafas teratur, frekuensi normal. Tidak ada retaksi dinding dada, pasien kadang merasa sesak , HR 98x/menit, tidak ada sianosis, CRT <2detik, warna kulit putih, tidak pucat teraba akril hangat, warna kuku merah muda, suhu tubuh 36,2 Oc , tidak ada pendarahan. Pada pemriksaan fisik sekala nyeri yang dirasakan adalah 6 dan rasanya berat nyerinya 5-8 menit . Untuk carian yang masuk dan keluar , input total (makan minum, cairan infus dan injeksi) 1.124cc/24jam , output 700 cc / 24jam , IWL 700cc/24 jam jadi balance cairan dari pasien 1.345cc- 920- 825cc = -400cc Tidak terpasang cateter menggunakan pisfot urin , warna urin kuning tidak keruh berbau khas urin tidak disertai darah ataupun edapan. Pada pemerikasaan B1 breathing / pernapasan 23x/menit, SPO2 99%, pergerakan dinding dada simetris, bunyi vesikuler, tidak ada retaksi dinding dada tidak ada tidak ada pernafasan cuping hidung, pasien menggunakan nasal kanul 3 lpm dengan posisi semifouwlwr. Pada b2 bleending pasien (kardioveskuler / sirkulasi), pada CRT < 2 detik , konjungtiva anemis , dan akril teraba hangat , turgor kulit lembab terpasang iv line dengan terapi rl 10 tpm /8jam. Pada b3 brain (persyaratan /neurologis) kesadaran pasien composmentis , gcs 15 E4V5M6. Pada b5 bowel (pencernaan – eliminasi) pasien mamapun dengan sendiri , nafsu makan baik, minum obat dibantu oleh perawat , untuk BAK ±800cc/24jms , tidak ada peningkatan retensi cairan dan tidak ada distensi kandung kemih, bab ± 300cc. Pada b6 bone atau skin (tulang –oto-itegumen) pasien tidak boleh melakukan aktivitas yang berat esktermitas bawah dan atas mampu digerakan dengan mandiri namun terkadang di bantu oleh perawat, kulit pasien berwarna kuning langsung, suhu tubuh 36.5 o C , kulit hangat tidak ada sionosis. tn.a mamapun makan dengan mandiri, nafsu makan baik, minum obat mampu dilakukan dengan sendiri terkadang dibantu perawat atau keluarga yang membesuk, jika

tn.a ingin buang air besar makan beliu akan ke wc. Ditemani oleh perawat. Pemeriksaan lanjut pasien tidak alergi obat, pada penilaian resiko decubitus menggunakan Norton dengan total 12 yaitu resiko sedang terjadi decubitus, pada status psikologi pasien tampak cemas dan gelisah dan merasa kesulitan untuk tidur, hubungan dengan anggotan baik. Pada skring gizi selama 6 bulan terakhir tidak ada penurunan berat badan, ataupun penurunan nafsyu makan, pada pemeriksaan penujung dilakukan pemeriksaan lab dan perekaman EKG pada hasil lab ditemukan hasil hemoglobin 13.0g/dl dan glukosa sewaktu 335 mg/dl, ureum 29.1mg/dl creatinin 1.0 mg/dl dan Pada tanggal 13/11/2019 lab cito natrum 141 mmol/l, kalium 3.5mmol/l, chiride 102 mmol/l. terapai yang didapat untuk pengonatan Terapi cairan RL 10 tpm Terapi oksigen nasal canul 3 lpm Terapi obat – obatan : brilinta 2x90mg, asa 1x80mg, atorastatin 1x20mg,isdn 3x5mg, amlodipin 1x10mg nitrokaf 5mg 1-0-1,candesartan 1x8mg. dengan pemberian diet kolaborasi dengan medis mengenai pemberian diet energy 1.700 kkal, proten 57 gr dan natrium 100-1200kg/hari

Berdasarkan hasil analisis data, pasien memiliki masalah nyeri akut, penurunan curah jantung intoleransi aktivitas, dan gangguan pola tidur, masalah ketidakefektifan pola nafas prioritas dan perlu dilakukan intervensi keperawatan untuk menatasi masalah tersebut tujuan dari rencna intervensi yang diberikan yaitu setelah dilakukan tindakan keparawatan selama 1x8 jam ketidakefektifan pola nafas teratasui tujuan umum dari intervensi yang diberikan yaitu status pernapasan, irama pernapasan, kedalaman inspirasi, kepatenan jalan napas dan saturasi oksigen deviasi ringan dari kisaran niormal serta tidak adanya penggunaan otot bantu napas, tidak ada retraksi dinding dada, dan tidak ada suara napas tambahan. Setelah dilakukan prioritas diberikan intervensi maka perawat juga harus memeperhatikan pola istirahat pasien karena tidur merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia dimana kepentingannya sama dengan kebutuhan dasr lainnya. Tidur yang berkualitas baik dapat meni gkatakan kesejahteraan psikologis dan sangat penting untuk

penyembuhan dan kelangkaan hidup pasien dengan penyakit kritis (Richard, Crow, Codhil & Turnock, 2007; Kozier, Erb, Berman & Snyder, 2010). Tujuan umum asuhan keperawatan yang diberikan yaitu: setelah diberikan tindakan selama 3 hari. Diharapkan tidur pasien tidak terganggu. Indikator tercapainya tujuan dibuktikan dengan jam tidur, kualitas tidur, dan perasaan segar setelah tidur tidak terganggu. Indikator lainnya yaitu kesulitan memulai tidur, tidur yang terputus dan tidur yang tidak tepat. Untuk mencapai tujuan tersebut, maka rencana intervensi keperawatan yang dapat dilakukan untuk mengatasi gangguan pola tidur yaitu peningkatan tidur dengan melakukan monitor atau catat pola tidur pasien (menggunakan metode *Pittsburgh sleep quality index*) PSQI, jelaskan pentingnya tidur yang cukup selama sakit, dengan pijat kaki esensial oil lavender salah satu terapi komplementer yang aman dan mudah diberikan dan mempunyai efek meningkatkan sirkulasi, mengeluarkan sisa metabolisme, meningkatkan rentang gerak sendi, mengurangi rasa sakit, merelaksasikan otot dan memberikan rasa nyaman pada pasien.

Rencana intervensi keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi masalah penurunan curah jantung adalah tujuan umum dari intervensi yang diberikan yaitu menurut (NIC) tahun 2013 yaitu dengan menggunakan pendekatan yang menenangkan, menyatakan dengan jelas harapan terhadap pelaku pasien, menjelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur, menemani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi takut, memberikan informasi faktual mengenai diagnosis, tindakan prognosis, melibatkan keluarga untuk mendampingi klien, menginstruksikan pada pasien untuk menggunakan teknik relaksasi, mendengarkan dengan penuh perhatian, mengidentifikasi tingkat kecemasan, membantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan, mendorong pasien untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan, persepsi

Tabel 3.4 Hasil pencatatan kecemasan Pasien Resume 1

No	Hari/tanggal/jam	Sebelum	Sesudah
1	14/ 11/2019 21:00	<p>Subjektif : “saya susah tidur kalau malam mba”</p> <p>Objektif : Konjungtiva tidak anemis TD : 132/79mmHg, HR : 98 x/mnt PR:23 x/mnt, SB : 36,5°C SPO2 : 98% Hasil Skor <i>PSQI Pretest</i> 13</p>	<p>Subjek: “Tidurnya belum nyenyak masih dengar suara monitor “</p> <p>Objektif : konjungtiva tiidak anemis TD : 102/86mmHg, HRR : 92x/mnt PR : 22x/mnt, SB : 36,5°C SPO2 : 98% Hasil Skor <i>Pastest PSQI</i> 9</p>
2	15/11/2019 21:00	<p>Subjektif : “ Tidur nya belum nyenyak masih mendengar suara monitor”</p> <p>Objektif : Konjungtiva tidak anemis TD :129/82mmHg, HR : 92x/mnt PR : 21x/mnt, SPO2 : 99% Hasil Skor <i>pretest PSQI</i> 9</p>	<p>Subjektif : “Masih susah tidurnya belum nyenyak mba”</p> <p>Objektif : konjungtiva tiidak anemis TD : 120/78mmHg, HR : 88x/mnt PR : 21x/mnt, SPO2 : 98% Hasil Skor <i>Pastest PSQI</i> 8</p>
3	16/11/2019 21:00	<p>Subjektif : “Masih susah tidurnya belum nyenyak mba”</p> <p>Objektif : Konjungtiva tidak anemis TD :139/80mmHg, HR : 88x/mnt PR : 22x/mnt, SPO2 : 100% Hasil Skor <i>pretest PSQI</i> 5</p>	<p>Subjektif : “Tidur saya nyenyak tadi malam mba “</p> <p>Objektif : Konjungtiva tidak anemis TD :122/79mmHg, HR : 92x/mnt PR : 22 x/mnt, SPO2 : 100% Hasil Skor <i>pretest PSQI</i> 3</p>

H. Asuhan keperawatan resume II

Pasien (ny. S) seorang wanita yang berusia 65 tahun, status perkawinan menikah dengan memiliki 7 orang anak , pendidikan SMA, pasien masuk igd pada tanggal 29 november 2019, sekitar jam 06 : 15. Pasien sebelumnya mengalami sesak napas dan nyeri dada yang dialami ± sejak malam 3 hari minggu riwayat CAD ,DM .hingga akhirnya pasien dibawa ke rumah sakit abdul wahab sajahranie setelah tiba di IDG dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital TD :130/60mmhg, HR 101 x/menit, RR 25x/menit dan suhu tubuh 36,4 oC , dengan GCS 15 E4V5M6 serta kekuatan estermitas yaitu atas 5 ,5 dan bawah 5, 5, tindakan yang dilakukan di IGD perekaman EKG, pemeriksaan darah lengkap troponin T 1.9mg/dl , pada saat di igd dilakukan

pemasangan infus rl pemberian oksigen 2-3 lpm , melakukan cek GDS CITO : 185 mg/dl, melakukan injeksi metocpramide 1 amp iv . cek gds ulang cito 158mg/dl.memberikan protap acs isdn 5 mg , cpg 4 tab dan aspilet 3 tab. pada pukul 13: 45 pasien diantar keruang ICCU dan dilakukan tindakan pemasangan bedside monitor oksigen 3 lpm . merekam ulang ekg dan memberikan injeksi lovenox (sc). hasil pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum pasien sadar, kesadaran composmentis GCS 15 e4v5m6, tanda – tanda vital didapatkan hasil tekanan darah 138/77mmgh , HR 100 x/menit, RR 25 x/menit , suhu 36,7 oC, MAP 107mmhg, SPO2 99% tinggi badan 156, berat badan 64 kg, pasien mengatakan sebelumnya pernah dirawat di rumah sakit pasien mengatakan pernah dilakukan operasi batu empedu sekitar 10 tahun yang lalu. Riwayat Kesehatan Pengobatan Perawatan Sekarang : Saat ini ny.s dirawat dirumah sakit abdul wahab sajahranie samarinda ruangan iccu. sewaktu dirumah mengalami nyeri dada dan sesak napas, hingga dibawa ke igd rumah sakit dan dipindah keruangan iccu pada pukul 13: 45 dengan GCS 15 e4v6m5 diruang iccu ny.s mendapatkan perawatan dan pengobatan , pemberian infus RI 10 tpm (300cc/jam), asa 1x80mg, atorastatin 1x20mg, isdn 3x5mg, Dari hasil pengkajian. Ny.s mengatakan pengobatan dan perawatan yang dilakukan yaitu mengkonsumsi obat-obatan yaitu isdn dengan pemberian oral, cpg dengan pemberian oral, aspilet dengan pemberian oral Pada hasil pengkajian primer di airway, jalan nafas paten, tidak ada obstruksi , suara napas vesukuler, tidak ada pernapasan cupng hidung, pada pemeriksaan breathing gerakan dada simeteris, RR 24 x/menit , irama nafas teratur, frekuensi normal. Tidak ada retraksi dinding dada, pasien kadang merasa sesak , HR 98x/menit, tidak ada sianosis, CRT <2detik, warna kulit putih, tidak pucat teraba akral hangat, warna kuku merah muda, suhu tubuh 36,2 Oc , tidak ada pendarahan. Pada pemriksaan fisik sekala nyeri yang dirasakan adalah 6 dan rasanya durasi nyerinya 5-8 menit . Untuk carian yang masuk dan keluar , input total (makan minum, cairan infus dan injeksi) total balance cairan dari pasien 500cc/ 8 jam, Tidak terpasang cateter menggunakan

pisfot urin , warna urin kuning tidak keruh berbau khas urin tidak disertai darah ataupun edapan. Pada pemeriksaan B1 breathing / pernapasan 25 x/menit, SPO2 99%, pergerakan dinding dada simetris, bunyi vesikuler, tidak ada retraksi dinding dada tidak ada tidak ada pernafasan cuping hidung, pasien menggunakan nasal kanul 3 lpm dengan posisi semifowlwlr. Pada b2 bleending pasien (kardioveskuler / sirkulasi), pada CRT < 2 detik , konjungtiva anemis , dan akral teraba hangat , turgor kulit lembab terpasang iv line dengan terapi rl 10 tpm /8jam. Pada b3 brain (persyarapan /neurologis) kesadaran pasien composmentis , gcs 15 E4V5M6. Pada b5 bowel (pencernaan – eliminasi) pasien mamapun dengan sendiri , nafsu makan baik, minum obat dibantu oleh perawat , untuk BAK ±830cc/24jms , tidak ada peningkatan retensi cairan dan tidak ada distensi kandung kemih, bab ± 300cc. Pada b6 bone atau skin (tulang –oto-itegumen) pasien tidak boleh melakukan aktivitas yang berat esktermitas bawah dan atas mampu digerakan dengan mandiri namun terkadang di bantu oleh perawat, kulit pasien berwarna kuning langsung, suhu tubuh 36.5 o C , kulit hangat tidak ada sionosis. Ny.s mampun makan dengan mandiri, nafsu makan baik, minum obat mampu dilakukan dengan sendiri terkadang dibantu perawat atau keluarga yang membesuk, jika ny.s ingin buang air besar maka beliu akan ke wc. Ditemani oleh perawat. Pemeriksaan lanjut pasien tidak alergi obat, pada penilaian resiko decubitus menggunakan norton dengan total 12 yaitu resiko sedang terjadi decubitus , pada status psikologi pasien tampak cemas dan gelisah dan merasa kesulitan untuk tidur, hubungan dengan anggotan baik. Pada skring gizi selama 6 bulan teakhir tidak ada penurnan berat badan , ataupun penurunan nafsu makan, pada pemeriksaan penujung dilakukan pemeriksaan lab dan perekaman EKG. terapi yang didapat untuk pengonatan Terapi cairan RL 10 tpm Terapi oksigen nasal canul 3 lpm Terapi obat – obatan : asa 1x80mg, atorvastatin 1x20mg, isdn 3x5mg, dengan pemberian diet kolaborasi dengan medis mengenai pemberian diet energy 1.700 kkal, protein 57 gr dan natrium 100-1200kg/hari

Berdasarkan hasil analisis data, pasien memiliki masalah nyeri akut , penurunan curah jantung intoleransi aktivitas, dan gangguan pola tidur , masalah ketidak efektifan pola nafas prioritas dan perlu dilakukan intervensi keperawatan untuk menatasi masalah tersebut tujuan dari rencana intervensi yang diberikan yaitu setelah dilakukan tindakan keparawatan selama 1x8 jam ketidak efektifan pola nafas teratasui tujuan umum dari intervensi yang diberikan yaitu status pernapasan , irama pernapasan, kedalaman inspirasi, kepatenan jalan napas dan saturasi oksigen deviasi ringan dari kisaran normal serta tidak adanya penggunaan otot bantu napas, tidak ada retraksi dinding dada , dan tidak ada suara napas tambahan. Setelah dilakukan prioritas diberikan intervensi maka perawat juga harus memperhatikan pola istirahat pasien karena tidur merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia dimana kepentingannya sama dengan kebutuhan dasar lainnya. Tidur yang berkualitas baik dapat meningkatkan kesejahteraan psikologis dan sangat penting untuk penyembuhan dan kelangkaan hidup pasien dengan penyakit kritis (Richard,crow,codhil & turnock ,2007: kozier, erb, berman & Snyder, 2010) . Tujuan umum asuhan keperawatan yang diberikan yaitu : setelah diberikan tindakan selama 3 hari. Diharapkan tidur pasien tidak terganggu . indikator tercapainya tujuan dibuktikan dengan jam tidur , kualitas tidur , dan perasaan segar setelah tidur tidak terganggu. Indikator lainnya yaitu kesulitan memulai tidur, tidur yang terputus dan tidur yang tidak tepat. Untuk mencapai tujuan tersebut, maka rencana intervensi keperawatan yang dapat dilakukan untuk menatasi gangguan pola tidur yaitu peningkatan tidur dengan melakukan monitor atau catat pola tidur pasien (menggunakan metode *Pittsburgh sleep quality index*) PSQI , jelaskan penting yang tidur yang cukup selama sakit , dengan pijat kaki esensial oil lavender salah satu terapi komplementer yang aman dan mudah diberikan dan mempunyai efek meningkatkan sirkulasi , mengeluarkan sisa metabolisme, meningkatkan rentang gerak sendi, mengurangi rasa sakit, merelaksasikan otot dan memberikan rasa nyaman pada pasien.

Rencana intervensi keparawatan yang dilakukan untuk mengatasi masalah penurunan curah jantung adalah tujuan umum dari intervensi yang diberikan yaitu menurut (NIC) tahun 2013 yaitu dengan menggunakan pendekatan yang menenangkan, menyatakan dengan jelas harapan terhadap pelaku pasien, menjelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur, menemani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi takut, memberikan informasi faktual mengenai diagnosis, tindakan prognosis, melibatkan keluarga untuk mendampingi klien, menginstruksikan pada pasien untuk menggunakan tehnik relaksasi, mendengarkan dengan penuh perhatian, mengidentifikasi tingkat kecemasan, membantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan, mendorong pasien untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan, persepsi

Tabel 3.5 Hasil pencatatan kecemasan Pasien Resume 2

No	Hari/tanggal /jam	Sebelum	Sesudah
1	29 / 11/2019 21:00	<p>Subjektif : “saya susah tidur kalau malam mba”</p> <p>Objektif : Konjungtiva tidak anemis TD : 132/79mmHg, HR : 97 x/mnt PR:23 x/mnt, SB : 36,5°C SPO2 : 98% Hasil Skor <i>PSQI Pretest12</i></p>	<p>Subjek: “Tidurnya belum nyenyak masih dengar suara monitor “</p> <p>Objektif : konjungtiva tiidak anemis TD : 112/86mmHg, HRR : 92x/mnt PR : 22x/mnt, SB : 36,6°C SPO2 : 98% Hasil Skor <i>Pastest PSQI 9</i></p>
2	30 /11/2019 21:00	<p>Subjektif : “ Tidur nya belum nyenyak masih mendengar suara monitor”</p> <p>Objektif : Konjungtiva tidak anemis TD :129/82mmHg, HR : 92x/mnt PR : 23x/mnt, SPO2 : 99% Hasil Skor <i>pretest PSQI 9</i></p>	<p>Subjektif : “Masih susah tidurnya belum nyenyak mba”</p> <p>Objektif : konjungtiva tidak anemis TD : 127/78mmHg, HR : 78x/mnt PR : 21x/mnt, SPO2 : 98% Hasil Skor <i>Pastest PSQI 5</i></p>
3	1 /12/2019 21:00	<p>Subjektif : “Masih susah tidurnya belum nyenyak mba”</p> <p>Objektif : Konjungtiva tidak anemis TD :139/82mmHg, HR : 98x/mnt PR : 22x/mnt, SPO2 : 100% Hasil Skor <i>pretest PSQI 5</i></p>	<p>Subjektif : “Tidur saya nyenyak tadi malam mba “</p> <p>Objektif : Konjungtiva tidak anemis TD :112/79mmHg, HR : 92x/mnt PR : 22 x/mnt, SPO2 : 100% Hasil Skor <i>pretest PSQI 5</i></p>

BAB IV

ANALISA SITUASI

Bab ini akan membahas mengenai analisis situasi lahan praktik dan intervensi yang telah dilakukan dengan membandingkan tinjauan pustaka dan asuhan keperawatan dengan intervensi unggulan yang telah dilakukan.

A. Profil Lahan Praktek

RSUD. A bdul Wahab Sjahranie Samarinda terletak di jalan palang merah Indonesia, Kecamatan Samarinda Ulu. RSUD. A bdul Wahab Sjahranie sebagai Top Reveral dan sebagai rumah sakit kelas A satu-satunya di Kalimantan Timur terhitung mulai bulan januari 2014. RSUD. A bdul Wahab Sjahranie Samarinda saat ini sebagai wahana pendidikan klinik Fakultas Kedokteran Universitas Mulawarman juga program Pendidikan Dokter Spesialis (PPDS I) Bedah, selain itu berbagai institusi pendidikan baik pemerintah maupun swasta juga bekerja sama dengan Perguruan Tinggi Kesehatan yang ada di Kalimantan Timur.

1. Visi

Menjadi Rumah Sakit dengan pelayanan bertaraf Internasional.

2. Misi

Meningkatkan akses dan kualitas pelayanan berstandar internasional, mengembangkan Rumah Sakit sebagai pusat penelitian, dengan moto bersih, aman, kualitas, tertib, informatif (BAKTI).

Gedung baru ICCU yang letaknya bersebelahan dengan ICU ditempati sejak 2004, memiliki 11 Bed atau tempat tidur dengan dilengkapi peralatan yang memadai. Ruang ICCU (Intensive Cardiac Care Unit) merupakan unit khusus untuk merawat pasien yang mempunyai kelainan pada jantung secara intensif. Berbagai jenis yang terdapat di Ruang ICCU, antara lain : CAD (Coronary Artery Disease), CHF (Congestive Heart Failure), beserta komplikasinya aneurisma aorta penyakit jantung konginetal, kelainan katup, dan penyakit Kardovaskuler, banyak dari pasien yang di rawat di periksakan ke RSUD. A bdul Wahab

Sjahranie Samarinda dengan pemeriksaan khusus dengan echocardiography, angiography, CT angiography, sampai dilakukan tindakan operasi jantung.

Ketenagaan berjumlah 25 orang sudah termasuk Kepala ruangan dan CCM. Pendidikan terakhir terdiri dari S-1 3 orang, Ners 7 orang, D-IV 1 orang, D-III 13 orang dan POS 1 orang. Jenis pelatihan yang sudah dilakukan adalah Kardiovaskuler dasar (KD), ACLS, BTCLS, BCLS, Perawatan Intensif, Perawatan Luka, CI, Manajemen Bangsal, pasien safety, dan PPGD. ICCU mempunyai 3 dokter SP.JP, 2 di antaranya sudah menjadi konsultan intervensi yang mampu mengerjakan tindakan PCI dan pemasangan facemaker.

B. Analisis masalah keperawatan kecemasan pada pasien NSTEMI.

Cemas adalah respon terhadap situasi tertentu yang mengancam, dan merupakan hal yang normal terjadi menyertai perkembangan, perubahan, pengalaman baru atau yang belum pernah dilakukan, serta dalam menemukan identitas diri dan arti hidup. Cemas adalah reaksi yang dapat dialami siapapun. Namun cemas yang berlebihan, apalagi yang sudah menjadi gangguan akan menghambat fungsi seseorang dalam kehidupannya. Cemas merupakan suatu perasaan subjektif mengenai ketegangan mental yang menggelisahkan sebagai reaksi umum dari ketidakmampuan mengatasi suatu masalah atau tidak adanya rasa aman. Perasaan yang tidak menentu tersebut pada umumnya tidak menyenangkan yang nantinya akan menimbulkan atau disertai perubahan fisiologis dan psikologis (Kholil Lur Rochman, 2010).

Manifestasi klinik utama PJK adalah nyeri dada iskemik (angina), deskripsi nyeri dada (Yamin, 2010):

A = Seperti ditekan, daerah sub sternal, menjalar ke lengan kiri, leher atau rahang
B = Dicituskan oleh aktivitas fisik atau emosi, berkurang dengan istirahat atau pemberian obat nitrat.

A + B = *Typical* angina

A atau B = *Atypical* angina.

Variasi lain dari gejala PJK adalah angina equivalen, dimana pasien hanya merasakan sesak nafas atau lemas saat beraktivitas fisik.

Kecemasan sering kali berkembang selama jangka waktu dan sebagian besar tergantung pada seluruh pengalaman hidup seseorang. Peristiwa-peristiwa atau situasi khusus dapat mempercepat munculnya serangan kecemasan.

Kecemasan berasal dari perasaan tidak sadar yang berada didalam kepribadian sendiri, dan tidak berhubungan dengan objek yang nyata atau keadaan yang benar-benar ada. Kholil Lur Rochman, (2010:103) mengemukakan beberapa gejala-gejala dari kecemasan antara lain :

- a) Ada saja hal-hal yang sangat mencemaskan hati, hampir setiap kejadian menimbulkan rasa takut dan cemas. Kecemasan tersebut merupakan bentuk ketidakberanian terhadap hal-hal yang tidak jelas.
- b) Adanya emosi-emosi yang kuat dan sangat tidak stabil. Suka marah dan sering dalam keadaan exited (heboh) yang memuncak, sangat irritable, akan tetapi sering juga dihinggapi depresi.
- c) Diikuti oleh bermacam-macam fantasi, delusi, ilusi, dan delusion of persecution (delusi yang dikejar-kejar).
- d) Sering merasa mual dan muntah-muntah, badan terasa sangat lelah, banyak berkeringat, gemetar, dan seringkali menderita diare.
- e) Muncul ketegangan dan ketakutan yang kronis yang menyebabkan tekanan jantung menjadi sangat cepat atau tekanan darah tinggi.

Komunikasi terapeutik adalah suatu pengalaman bersama anantara perawat dan klien yang bertujuan untuk menyelesaikan masalah klien.

Menurut Savitri Ramaiah (2003) ada beberapa faktor yang menunjukkan reaksi kecemasan, diantaranya yaitu :

d) Lingkungan

Lingkungan atau sekitar tempat tinggal mempengaruhi cara berfikir individu tentang diri sendiri maupun orang lain. Hal ini disebabkan karena adanya pengalaman yang tidak menyenangkan pada individu dengan keluarga, sahabat, ataupun dengan rekan kerja. Sehingga individu tersebut merasa tidak aman terhadap lingkungannya.

e) Emosi yang ditekan

Kecemasan bisa terjadi jika individu tidak mampu menemukan jalan keluar untuk perasaannya sendiri dalam hubungan personal ini, terutama jika dirinya menekan rasa marah atau frustrasi dalam jangka waktu yang sangat lama.

f) Sebab-sebab fisik

Pikiran dan tubuh senantiasa saling berinteraksi dan dapat menyebabkan timbulnya kecemasan. Hal ini terlihat dalam kondisi seperti misalnya kehamilan, semasa remaja dan sewaktu pulih dari suatu penyakit. Selama ditimpa kondisi-kondisi ini, perubahan-perubahan perasaan lazim muncul, dan ini dapat menyebabkan timbulnya kecemasan.

Tujuan Komunikasi Terapeutik :

- e) Membantu pasien untuk memperjelas dan mengurangi beban perasaan dan pikiran serta dapat mengambil tindakan untuk mengubah situasi yang ada bila pasien percaya pada hal-hal yang diperlukan.
- f) Mengurangi keraguan, membantu dalam hal mengambil tindakan yang efektif dan mempertahankan kekuatan egonya
- g) Mempengaruhi orang lain, lingkungan fisik dan dirinya sendiri dalam hal peningkatan derajat kesehatan.
- h) Mempererat hubungan dan interaksi antara klien dan terapis (tenaga kesehatan) secara profesional proporsional dalam rangka membantu penyelesaian masalah klien.

Terdapat persamaan hasil evaluasi pada ketiga klien yang diberikan intervensi komunikasi terapeutik selama 3 hari. Pada pasien kelolaan

skala cemas dari kecemasan berat sekali (50) menjadi tidak ada kecemasan (7). Begitupun dengan pasien resume, yang awalnya cemas sedang menjadi tidak cemas.

C. Analisis Intervensi keperawatan dengan konsep penelitian terkait.

Cemas adalah respon terhadap situasi tertentu yang mengancam, dan merupakan hal yang normal terjadi menyertai perkembangan, perubahan, pengalaman baru atau yang belum pernah dilakukan, serta dalam menemukan identitas diri dan arti hidup. Cemas adalah reaksi yang dapat dialami siapapun. Namun cemas yang berlebihan, apalagi yang sudah menjadi gangguan akan menghambat fungsi seseorang dalam kehidupannya. Cemas merupakan suatu perasaan subjektif mengenai ketegangan mental yang menggelisahkan sebagai reaksi umum dari ketidakmampuan mengatasi suatu masalah atau tidak adanya rasa aman. Perasaan yang tidak menentu tersebut pada umumnya tidak menyenangkan yang nantinya akan menimbulkan atau disertai perubahan fisiologis dan psikologis (Kholil Lur Rochman, 2010).

Manifestasi klinik utama PJK adalah nyeri dada iskemik (angina), deskripsi nyeri dada (Yamin, 2010). Variasi lain dari gejala PJK adalah angina equivalen, dimana pasien hanya merasakan sesak nafas atau lemas saat beraktivitas fisik. Kecemasan sering kali berkembang selama jangka waktu dan sebagian besar tergantung pada seluruh pengalaman hidup seseorang. Peristiwa-peristiwa atau situasi khusus dapat mempercepat munculnya serangan kecemasan.

Kecemasan berasal dari perasaan tidak sadar yang berada didalam kepribadian sendiri, dan tidak berhubungan dengan objek yang nyata atau keadaan yang benar-benar ada. Kholil Lur Rochman, (2010:103) mengemukakan beberapa gejala-gejala dari kecemasan antara lain :

- a) Ada saja hal-hal yang sangat mencemaskan hati, hampir setiap kejadian menimbulkan rasa takut dan cemas. Kecemasan tersebut

merupakan bentuk ketidakberanian terhadap hal-hal yang tidak jelas.

- b) Adanya emosi-emosi yang kuat dan sangat tidak stabil. Suka marah dan sering dalam keadaan excited (heboh) yang memuncak, sangat irritable, akan tetapi sering juga dihindangi depresi.
- c) Diikuti oleh bermacam-macam fantasi, delusi, ilusi, dan delusion of persecution (delusi yang dikejar-kejar).
- d) Sering merasa mual dan muntah-muntah, badan terasa sangat lelah, banyak berkeringat, gemetar, dan seringkali menderita diare.
- e) Muncul ketegangan dan ketakutan yang kronis yang menyebabkan tekanan jantung menjadi sangat cepat atau tekanan darah tinggi.

Komunikasi terapeutik adalah suatu pengalaman bersama antara perawat dan klien yang bertujuan untuk menyelesaikan masalah klien.

Menurut Savitri Ramaiah (2003) ada beberapa faktor yang menunjukkan reaksi kecemasan, diantaranya yaitu :

a) Lingkungan

Lingkungan atau sekitar tempat tinggal mempengaruhi cara berfikir individu tentang diri sendiri maupun orang lain. Hal ini disebabkan karena adanya pengalaman yang tidak menyenangkan pada individu dengan keluarga, sahabat, ataupun dengan rekan kerja. Sehingga individu tersebut merasa tidak aman terhadap lingkungannya.

b) Emosi yang ditekan

Kecemasan bisa terjadi jika individu tidak mampu menemukan jalan keluar untuk perasaannya sendiri dalam hubungan personal ini, terutama jika dirinya menekan rasa marah atau frustrasi dalam jangka waktu yang sangat lama.

c) Sebab-sebab fisik

Pikiran dan tubuh senantiasa saling berinteraksi dan dapat menyebabkan timbulnya kecemasan. Hal ini terlihat dalam kondisi seperti misalnya kehamilan, semasa remaja dan sewaktu pulih dari suatu penyakit. Selama ditimpa kondisi-kondisi ini,

perubahan-perubahan perasaan lazim muncul, dan ini dapat menyebabkan timbulnya kecemasan.

Tujuan Komunikasi Terapeutik :

- a) Membantu pasien untuk memperjelas dan mengurangi beban perasaan dan pikiran serta dapat mengambil tindakan untuk mengubah situasi yang ada bila pasien percaya pada hal-hal yang diperlukan.
- b) Mengurangi keraguan, membantu dalam hal mengambil tindakan yang efektif dan mempertahankan kekuatan egonya
- c) Mempengaruhi orang lain, lingkungan fisik dan dirinya sendiri dalam hal peningkatan derajat kesehatan.
- d) Mempererat hubungan dan interaksi antara klien dan terapis (tenaga kesehatan) secara profesional proporsional dalam rangka membantu penyelesaian masalah klien.

Beragam teknik komunikasi terapeutik telah dilakukan penelitian dengan di sertai pelaporan

Penelitian ini juga dilakukan oleh Zainun (2017) dari UINSU Medan, dimana peneliti menggunakan terapi terapeutik dan dari penelitian ini di dapatkan bahwa pasien dapat lebih tenang setelah mencurahkan masalah yang sedang dialami

D. Alternative pemecahan masalah.

Asuhan keperawatan yang diberikan pada klien kelolaan, pasien resume 1 dan resume 2 tidak menemukan kendala yang berarti. Namun diperlukan kelangsungan dari intervensi yang di berikan. Oleh karena itu, perlu dilakukannya edukasi teknik non farmakologi lanjutan seperti komunikasi terapeutik. Penulis berusaha memberikan pendidikan kesehatan pada pasien agar mengerti dengan penyakit yang di deritanya dan pencegahan agar penyakit tidak mudah kambuh kembali, dimana pasien harus membuat jadwal aktifitas yang boleh dilakukan, tidak melakukan aktifitas yang berat dan banyak istirahat.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

1. Menganalisis kasus kelolaan dengan diagnosa medis Non- ST-Elevation Myocardial Infarction (NSTEMI).
 - a. Pada saat pengkajian tanggal 27 November 2019 di dapatkan data keluhan utama, klien terlihat cemas dan menutup diri serta tidak terlalu aktif saat berinteraksi dengan orang lain.
 - b. Masalah keperawatan yang muncul pada klien yang sesuai berdasarkan Diagnosa NANDA yaitu resiko penurunan curah jantung, ansietas, dan gangguan citra tubuh
 - c. Intervensi yang di berikan sesuai dengan standar menggunakan Nursing outcomes classification (noc) dan nursing intervention classification (nic).
 - d. Implementasi di lakukan sejak tanggal 27 november 2019 sampai dengan 30 november 2019, untuk invlementasi inovasi yaitu dengan melakukan komunikasi terapeutik untuk mengatasi kecemasan pada penderita Non- ST-Elevation Myocardial Infarction (NSTEMI). Di Ruang ICCU RSUD Abdul Wahab Sjaranie Samarinda tahun 2019.
2. Hasil analisa penerapan komunikasi terapeutik menunjukkan bahwa terjadi penurunan skala cemas pada Tn. Y dengan diagnosa Non-ST-Elevation Myocardial Infarction (NSTEMI).

B. Saran

1. Saran bagi pasien
Di harapkan klien mampu melakukan tindakan non farmakologi apabila timbul keluhan cemas yaitu dengan melakukan komunikasi

2. Saran bagi perawat dan tenaga kesehatan

Meningkatkan pengetahuan tentang ilmu kardiovaskuler dan keterampilan dalam memberikan intervensi keperawatan pada pasien Non-ST-Elevation Myocardial Infarction (NSTEMI). Dengan mengikuti pelatihan ACLS, dan dapat memberikan keterampilan keperawatan dengan melakukan komunikasi terapeutik dengan intens untuk mengurangi rasa cemas pada pasien serta dapat meningkatkan kualitas asuhan keperawatan secara mandiri yang di berikan pada klien. Sehingga dapat meningkatkan harapan sembuh pasien serta memperpendek waktu menginap pasien di rumah sakit.

3. Saran bagi Rumah Sakit

Karya ilmiah ini di harapkan dapat bermanfaat dalam pengembangan asuhan keperawatan kritis pada institusi pelayanan khususnya Kepala Bidang Keperawatan dan pelatihan serta Kepala Bidang Keperawatan dapat mempertimbangkan hasil karya ilmiah ini sebagai masukan dalam penyusunan Standart Prosedur Operasional (SPO) Pengkajian pada pasien sindrome coroner akut.

4. Saran bagi dunia keperawatan

Mengembangkan intervensi inovasi sebagai tindakan mandiri perawat yang dapat di unggulan. Sehingga, seluruh tenaga pelayanan medis dapat mengaplikasikan secara optimal dalam pemberian intervensi non farmatologi dalam menurunkan kecemasan pasien.

5. Saran bagi peneliti selanjutnya

Untuk peneliti selanjutnya dapat di jadikan acuan data guna melakukan penelitian yang lebih spesifik terkait penanganan menyeluruh terhadap pasien jantung.

DAFTAR PUSTAKA

- American Heart Association (2012a). *Coronary Artery Disease—The ABCs of CAD*.
<http://www.heart.org>
- Andarmoyo, S. (2012). *Basic Human Needs (Oxygenation)*. Yogyakarta : Graha Science
- Antono D & Ismail D. (2006). Penyakit Vaskuler Perifer. Dalam Sudoyo, et al.
Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam. Ed IV. Jakarta: Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam FK UI.
- Bavry Anthony A, Bhatt DeepakL. (2009). *Acute Coronary Syndromes in Clitcal Practice*. 1st Edition. P. 1-2.
- Beldon P. (2010). *Performing a Doppler assesment: The Procedure*. *Wound Essentials*. Volume 5: 87-90.
- Black JM. & Hawks JH. (2009). *Medical-Surgical Nursing: Clinical menegement for positive out comes*. 8Th Edition. Singapore: Elsevier-Saunders.
- Brunner dan Suddarth. (2010). *Textbook Of Medical-Surgical Nursing*. Edisi 12. Philadelphia : Lippincott.
- Cardiovascular Disease Statistic. (2015). *British Heart Foundation Center on Population Approaches for Non Communicable Diisease Prevention*. Nuffield Departement of Population Healt, University of Oxford. British Heart Foundation.
- Coven, D.L. (2013). *Acute Coronary Syndrom*. *Medascape Reference*, <http://www.emedicine.medscape.com>, di preroleh tanggal 22 November 2018
- Crawford MH. (2003). *Current Diagnosis & Treatment in Cardioogy*. Second Edition. USA: The Mc Graw-Hill Companies, Inc.
- Depkes RI (2008). *Laporan hasil riset kesehatan dasar tahun 2007*. Jakarta: Badan Litbangkes.
- Doengoes, Marylin E. 2000. *Rencana Asuhan Dan Dokumentasi Keperawatan*. Edisi 3. Jakarta : EGC.
- Dorland (2007). *Dorland's medical Dictionary for Health Consumers*.
<http://medical-dictionary.thefreedictionary.com>
- Hamm, C.W. et al. *ESC Guidelines for the Management of the Management of Acute Coronary Syndromes in Patients Presenting Without Persistent ST-Segment Elevation*. *European Heart Journal*. Vol. 32,2999-3054.

- Herdman, T.H. (2012). *Diagnosa Keperawatan : Definisi dan Klasifikasi*. Jakarta : EGC.
- Kozier dan Erb. (2009). *Buku Ajar Praktik Keperawatan Klinis*. Edisi 5. Jakarta : EGC.
- Lemone , P. dan Burke, R. (2008). *Medical Surgical Nursing : Critical Thinking in Client Care (4th Ed)*. USA : Pearson Prentice Hall.
- Majid, A. (2008). *Penyakit Jantung Koroner : Patofisiologi, pencegahan, dan pengobatan Terkini*. Universitas Sumatra Utara, USU e-Repository.
- Mangoenprasodjo, A.S. dan Hidayati.S.N. (2005). *Terapi Alternatif Gaya Hidup Sehat*. Yogyakarta : Pradipta Publishing.
- Marzlin, K., Webner, C. (2012). *Acute Coronary Syndrom (ACS) : Evidence Based Trends and Treatmen*, <http://www.cardionursing.com>, diperoleh tanggal 22 november 2018.
- Muttaqin, Arif. 2009. *Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Sistem Kardiofaskuler*. Jakatra : Salemba Medika
- Myrtha, R. (2012). *Patofisiologi Sindrom Koroner Akut*. *Cermin Dunia Kedokteran*, Vol.39 (4), 261-264.
- Nenk, 2009. *Asuhan Keperawatan Arteri koroner*. Jakarta : DJAMBATAN
- Perry & Potter. (2005). *Fundamental keperawatan : konsep, proses, dan praktik*. Jakarta : EGC.
- Potter, P.A. dan Perry, A.G. (2009). *Fundamental Of Nursing*. Buku 3 Edisi 7. Jakarata : Salemba Medika.
- Pramana,W. (2011). *Portofolio Kasus II : Sindroma Koroner Akut*. RSUD Ungaran.
- Riset Kesehatan Dasar. (2013). *Badan penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementrian Kesehatan RI 2013*.
- Santoso, M. dan Setiawan, T. (2005). *Penyakit Jantung Koroner*. *Cermin Dunia Kedokteran*, No. 147,5-9.
- Safitri, R. & Andriyani, A. (2011). *Keefektifan pemberian posisi semi fowler terhadap penurunan sesak nafas pada pasien asma di ruang rawat inap kelas III RSUD dr. Moewardi Surakarta*. *GASTER*, Volume VIII, No 2. Diperoleh dari [http://www. stikes-aisyiyah.ac.id/index.php/ gaster/ article/view/29/26](http://www.stikes-aisyiyah.ac.id/index.php/gaster/article/view/29/26) pada 25 November 2018.
- Sudoyo,S.dkk. (2010). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam jilid II*. Edisi V. Jakarta : Interna Publishing.
- Supandi,E.,Nurachmah,&Mamunuah. (2008). *Hubungan analisa posisi tidur semi fowler dengan kualitas tidur pada klien gagal jantung di RSU Banyumas Jawa Tengah*. *Jurnal Kebidanan dan Keperawatan*, Volume IV No 2 Hal 97-108. Diperoleh dari [http : //isjd. Pdii. lipi. Go. Id /index. Php/ Search. Html?act=tampil&id=608993&idc=24](http://isjd.pdii.lipi.go.id/index.php/Search.html?act=tampil&id=608993&idc=24), diperoleh tanggal 25 November 2018.
- Suparmi, E., Nurachmah, & Mamnuah. (2008). *Panduan Praktik KEPERAWATAN Kebutuhan Dasar Manusia*. Yogyakarta : Citra Aji Parama.
- Winnipeg Regional Health Authority. (2008). *Emergency department susupect ACS care map standards document and charting guidelines*.

World Health Organisation. (2013). *Cardiovascular disease (CVDs)*,
[http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/HeartFailure/AboutHeartFailure/Classes-of-Heart-Failure_UCM_306328_Article. Jsp](http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/HeartFailure/AboutHeartFailure/Classes-of-Heart-Failure_UCM_306328_Article.jsp), di peroleh tanggal 22
November 2018

ASUHAN KEPERAWATAN

Nama Mahasiswa : Priska Firanda
Tempat Praktek : Intensive Coronary Care Unit (ICCU)
Tanggal / Jam : 27 November 2019 / 07.00 WITA

BIODATA PASIEN

Nama / Inisial : Tn. Y Usia : 47 tahun JK : Laki-laki
Pendidikan : SD
Pekerjaan : Swasta
Status Pernikahan : Menikah
No RM : 64.46.82
Diagnosa Medis : ACS NSTEMI
Tanggal Masuk RS : 25 November 2019
Alamat : Jln Am. Parikesit, Loa Janan Ulu

BIODATA PENANGGUNG JAWAB

Nama : Ny. N
Jenis Kelamin : Perempuan
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Ibu rumah tangga
Hubungan dengan Klien : Istri
Alamat : Jln Am. Parikesit, Loa Janan Ulu

I. ANAMESA (PENGKAJIAN AWAL)

1. Keluhan Utama

Nyeri dada

2. Riwayat Kesehatan/Pengobatan Perawatan Sekarang :

Pasien mengatakan pada hari minggu tanggal 25 November 2019 jam 07.00 pagi, pasien mengeluh nyeri dada sebelah kiri hilang timbul, sesak

nafas, badan lemas, perut terasa penuh kembung, lalu pasien langsung dilarikan ke IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie.

3. Riwayat Kesehatan/Pengobatan Perawatan Sebelumnya :

Pasien menyatakan punya riwayat Hipertensi. Dirumah pasien minum obat dari dokter berupa Nitrokaf 5 mg 2x1, Amlodipine 10 mg 1x1 dan Spirola 25 mg 1x1.

4. Riwayat Pembedahan

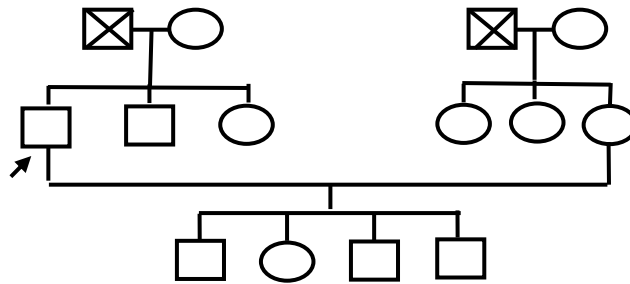
Pasien mengatakan tidak pernah menjalani operasi atau proses pembedahan

5. Pengobatan Terakhir

Saat di rumah pasien mengkonsumsi obat :

Nama Obat	Dosis	Fungsi
Nitrokaf	5 mg 2x1	Obat untuk pencegahan dan terapi jangka panjang pada penderita angina pectoris. Obat ini mengandung bahan aktif berupa nitrogliserin yang bersifat vasodilator (dapat memperlebar pembuluh darah).
Amlodipine	10 mg 1x1	Obat calcium channel blockers untuk menurunkan tekanan darah tinggi. Obat untuk hipertensi ini bekerja dengan cara memasuki jaringan dan pembuluh arteri tertentu. Kemudian mengalir ke jantung sehingga bekerja sangat efektif untuk menurunkan tekanan darah.
Spirola	25 mg 1x1	Spirola merupakan obat diuretik hemat kalium yang digunakan untuk mengobati tekanan darah tinggi, edema, dan kondisi gagal jantung kongestif.

6. Riwayat Penyakit Keluarga (Genogram Keluarga)



□ : Laki-Laki

○ : Perempuan

↗ : Pasien

⊗ : Meninggal

Keterangan :

Pasien merupakan anak pertama dari tiga bersaudara, Ayah kandung pasien sudah lama meninggal. Penyebab ayah pasien meninggal karena faktor usia dan bukan karena sakit.

II. PENGKAJIAN PRIMER

1. Airway :

Jalan nafas paten, tidak ada obstruksi pada jalan nafas, produksi sputum tidak ada, ada batuk kering, batuk timbul saat beraktivitas maupun istirahat

2. Breathing :

Inspeksi : Dada tampak simetris, pasien orthopnea, tidak ada retraksi dinding dada, irama pernafasan normal, pola nafas teratur, sesak nafas saat pasien beraktifitas, RR : 22x/menit

Palpasi : teraba getaran pada kedua lapang paru

Perkusi : Terdengar sonor pada kedua lapang paru

Auskultasi : tidak ada suara nafas tambahan, suara nafas vesikuler

3. Circulation :

Inspeksi : Tidak ada sianosis, tidak ada perdarahan, mukosa oral kering, MAP TD : 124/91 mmHg, suhu 36, 7° C

Palpasi : Nadi teraba 86x/menit, teraba kuat, capillary refile time <2 detik, akral hangat.

4. Fluid (Cairan dan Elektrolit) :

(Rabu, 27-11-2019)Fluid (24jam)	
Intake	Output
<p>2. Infus ringer laktat 30cc/jam = 240/8 jam</p> <p>3. Makan/minum peroral = 340cc/24jam</p> <p>4. Obat-obatan yang diberikan :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Syring pump NTG 3cc/jam = 24cc/8 jam ○ Nitrokaf 5 Mg 2x1 ○ Brilinta 2x1 ○ Atorvastatin 1x20 mg ○ Amlodipine 10 mg 1x1 ○ Spirola 25 mg 1x1 ○ Aspilet 1x1 ○ Valsartan 1x160 mg ○ V-BLOCK 6,25 mg 1x1 ○ Inj. Lovenox 2x06 cc ○ Petidine 1/2 amp K/P ○ Ceftriaxone 2x1 ○ Amiodarone 3x200 mg <p>5. Air metabolisme : 5ml/kgBB/24 jam (1 shift 8 jam)</p> <p style="padding-left: 40px;">$5 \times 60 \text{ kg} = 300/3 = \mathbf{100cc/8jam}$</p>	<p>1. Urin (DC)/24 jam = 1213 cc</p> <p>2. Muntah = tidak ada</p> <p>3. BAB = tidak ada</p> <p>4. IWL = 15 mg x kg BB/24 jam</p> <p style="padding-left: 100px;">$15 \times 60 = 900cc/24 \text{ jam}$</p>
Total input = 1.213cc/24jam	Total Output = 2.250cc/24jam
<p>Balance cairan = Input – Output</p> <p>= 1.213 cc/24 jam - 2.250 cc/24jam</p> <p>= (-1.037 cc/24 jam)</p>	

(Kamis, 28-11-2019) Fluid (24jam)	
Intake	Output
<p>1. Infus ringer laktat 30cc/jam = 240/8 jam</p> <p>2. Munum peroral = 250cc/8jam</p> <p>3. Obat-obatan yang diberikan :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Syring pump NTG 3cc/jam = 24cc/8 jam ○ Nitrokaf 5 Mg 2x1 ○ Brilinta 2x1 ○ Atorvastatin 1x20 mg ○ Amlodipine 10 mg 1x1 ○ Spirola 25 mg 1x1 ○ Aspilet 1x1 ○ Valsartan 1x160 mg ○ V-BLOCK 6,25 mg 1x1 ○ Inj. Lovenox 2x06 cc ○ Petidine 1/2 amp K/P ○ Ceftriaxone 2x1 ○ Amiodarone 3x200 mg ○ Inj. Furosemide 3x1 amp ○ KSR 3x1 <p>6. Air metabolisme : 5ml/kgBB/24 jam</p> <p style="padding-left: 40px;">$5 \times 60 \text{ kg} = 300/3 = \mathbf{100cc/8jam}$</p>	<p>1. Urin (DC)/24 jam = 1.330 cc</p> <p>2. Muntah = tidak ada</p> <p>3. BAB = tidak ada</p> <p>4. IWL = 15 mg x kgBB/24 jam</p> <p style="padding-left: 100px;">$15 \times 60 = 900cc/24 \text{ jam}$</p> <p style="text-align: center;">: 3</p> <p style="text-align: right;">= 300 cc/8jam</p>
Total input = 1.435 cc/24jam	Total Output = 1.330cc/8jam
<p>Balance cairan = Input – Output</p> <p>= 1,435 cc/24 jam - 1.330 cc/24jam</p> <p>= (+105 cc/24 jam)</p>	

(Jumat, 29-11-2019) Fluid (24jam)	
Intake	Output
1. Infus ringer laktat 30cc/jam = 240/8 jam 2. Obat-obatan yang diberikan : ○ Syring pump NTG 3cc/jam = 24cc/8 jam ○ Nitrokaf 5 Mg 2x1 ○ Brilinta 2x1 ○ Atorvastatin 1x20 mg ○ Amlodipine 10 mg 1x1 ○ Spirola 25 mg 1x1 ○ Aspilet 1x1 ○ Valsartan 1x160 mg ○ V-BLOCK 6,25 mg 1x1 ○ Inj. Lovenox 2x06 cc ○ Ceftriaxone 2x1 ○ Amiodarone 3x200 mg ○ Inj. Furosemide 3x1 amp ○ KSR 3x1 ○ Laxadine 3. Air metabolisme : 5ml/kgBB/24 jam (1 shift 8 jam) 4. $5 \times 60 \text{ kg} = 300/3 = \mathbf{100cc/8jam}$	1. Urin (DC)/24 jam = 3.120 cc 2. Muntah = tidak ada 3. BAB = tidak ada 4. IWL = 15 mg x kgBB/24 jam $15 \times 60 = 900cc/24 \text{ jam} :$ 3 = 300 cc/8jam
Total input = 1.309.4 cc/8jam	Total Output = 3.120cc/8jam
Balance cairan = Input – Output $= 1.309.4 \text{ cc/24 jam} - 3.120 \text{ cc/24jam}$ $= \mathbf{(-2080,6 \text{ cc/24 jam})}$	

III. PEMERIKSAAN FISIK SPESIFIK WITH BODY SISTEM (SECONDARY SURVEY)

KU Pasien :

- Saat masuk rumah sakit : kesadaran composmentis, tampak meringis karena nyeri dada disertai sesak nafas, tampak lemah.
 - Saat pengkajian : Kesadaran composmentis, pasien tampak lemah, nyeri pasien sudah berkurang, pasien mudah lelah, tampak berbaring, cemas, sesak sudah berkurang dengan posisi tidur semi fowler. TTV : TD : 133/97 mmHg Nadi : 100 x/menit, RR 24 x/menit, Suhu 36,7° C.
- Selama 2 hari perawatan ada peningkatan terkait dengan kondisi pasien, namun saat ini masih perlu pemantauan terkait dengan balance cairan.

1. Rasa Nyaman (Nyeri)

Tidak ada nyeri Nyeri kronis

Nyeri akut

Skala nyeri : 0

Lokasi : -

Durasi Frekuensi : -

Karakteristik : -

Nyeri hilang, bila: -

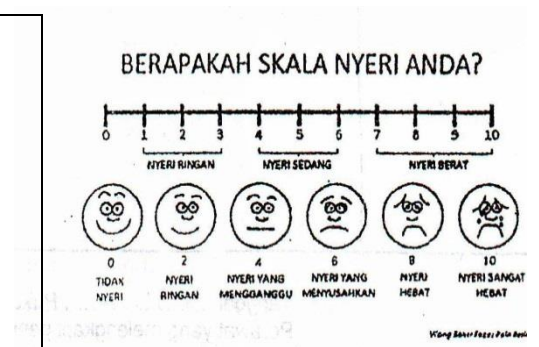
Minum obat Mendengar musik

Istirahat Berubah posisi/tidur

Lain-lain sebutkan

Diberitahukan ke dokter:

Ya, pukul Tidak



Keluhan Lain : Tidak ada keluhan

2. B 1 : Breathing (Pernafasan/Respirasi)

Inspeksi :Pernafasan pasien teratur, tidak ada retraksi dinding dada/otot-otot bantu nafas, pernafasan dalam batas normal 22x/menit, terpasang bantuan oksigen nasal kanul 3 lpm, oksigen

hanya diberikan pada saat pasien mengeluh nyeri dada, Spo2
98 %

Palpasi : teraba getaran pada kedua lapang paru

Perkusi : Terdengar sonor pada kedua lapang paru

Auskultasi : tidak ada suara nafas tambahan, suara nafas vesikuler

3. B 2 : Bleeding (Kardiovaskuler / Sirkulasi)

Inspeksi :Pasien tidak sianosis, tidak terdapat edema, tidak ada perdarahan,
pasien lemah untuk beraktifitas

Palpasi :capillary time <2 detik, TD 133/97 mmHg. Nadi 100 x/menit
teraba kuat

Perkusi : terdengar pekak pada ICS 4-5 (jantung)

Auskultasi : irama jantung reguler

4. B 3 : Brain (Persyarafan/Neurologik)

Inspeksi :Kesadaran pasien composmentis, GCS : 15, kedua mata simetris,
isokor dan reaktif terhadap refleksi cahaya, ukuran pupil
3mm/3mm

5. B 4 : Bladder (Perkemihan – Eliminasi Urin/Genitourinaria)

Pasien terpasang kateter, produksi urin keruh

6. B 5 : Bowel (Pencernaan – Eliminasi Alvi/Gastrointestinal)

Inspeksi :Pencernaan mulut : mukosa kering, area rongga mulut bersih,
tidak ada karies

Abdomen : Perut tidak asites, Sudah ada produksi BAB sejak 24 jam
terakhir.

Auskultasi : bising usus 13x/menit

Palpasi : tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran organ hepar

Perkusi : suara timpani

7. B 6 : Bone & Skin (Tulang – Otot – Integumen)

Inspeksi :Tulang tidak ada yang mengalami fraktur atau deformitas,
rentang gerak pasien masih aktif, pasien tidak mengalami keterbatasan

gerak hanya saja lelah jika banyak beraktifitas dan terasa lemah kurang bertenaga. Tonus otot

Palpasi : tidak edema

IV. PEMERIKSAAN LANJUTAN

1. Alergi

Hingga saat dikaji pasien mengatakan tidak ada riwayat alergi baik pada obat, makanan, maupun minuman.

2. Risiko decubitus Tidak Terdapat luka Ya, jelaskan...

(BERDASARKAN SKALA NORTON)

PENILAIAN	4	3	2	1
Kondisi Fisik	Baik	Sedang <input checked="" type="checkbox"/>	Buruk	Sangat Buruk
Status Mental	Sadar <input checked="" type="checkbox"/>	Apatis	Bingung	Stupor
Aktifitas	Jalan Sendiri	Jalan Dengan Bantuan	Kursi Roda	Di tempat tidur <input checked="" type="checkbox"/>
Mobilitas	Bebas Bergerak	Agak Terbatas <input checked="" type="checkbox"/>	Sangat Terbatas	Tidak Mampu Bergerak
Inkontinensia	Kontinen <input checked="" type="checkbox"/>	Kadang-kadang Inkontinensia Urin	Selalu Inkontinensia	Inkontinensia Urin dan Alvi
SKOR	8	6	0	1
TOTAL SKOR	15			

Keterangan :

16 – 20 : risiko rendah terjadi decubitus

12 – 16 : risiko sedang terjadi decubitus

< 12 : risiko tinggi terjadi decubitus

3. Riwayat Psikososial

Status Psikologi : Pasien terlihat gelisah dan selalu bertanya kapan pasien pulang

Status Mental : Kesadaran baik dan orientasi sedikit tertutup pada lingkungan dan keadaan sekitarnya

Status Sosial : Hubungan dengan orang lain baik, kurang kooperatif
 dansedikit tertutup. Kerabat terdekat yang dapat dihubungi adalah Ny. N,
 hubungan : Istri, pekerjaan pasien: swasta

4. Status Gizi

SKRINING GIZI (berdasarkan (MST/Malnutrition Screening Tool) →
 Untuk Pasien dewasa

Antropometri : BB: 60 kg TB : 175 cm LILA : cm

(bila skor ≥ 2 dilakukan pengkajian lanjut oleh dietisien)

Parameter

No	Kriteria	Skor
1.	Apakah pasien mengalami penurunan BB yang tidak diinginkan dalam 3 bulan terakhir? a. Tidak ada penurunan b. Tidak yakin/tidak tahu c. Jika Ya, berapa penurunan berat badan tersebut 1 – 5 Kg 6 – 10 Kg 11 – 15 Kg ≥ 15 Kg	A
2.	Apakah asupan makanan berkurang karena tidak nafsu makan a. Ya b. Tidak	B
Total Skor		
3.	Pasien dengan kondisi khusus <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak (<i>pasien dengan penurunan imunitas, hemodialisa kronis, geriatric, kemoterapi, intensive care, perinatal care, luka bakar, transpalantasi sumsum tulang, DM, penurunan fungsi ginjal berat, sirosis hepatis, CLB, penyakit keganasan, pneumonia berat, stroke, bedah digestif</i>)	

Sudah dibaca/diketahui oleh dietisien (diisi oleh dietisien) Ya paraf

5. Skrining Status Fungsional :

Aktivitas dan mobilisasi : (lampirkan formulir pengkajian status fungsional Barthel Index)

Pasien memerlukan bantuan dalam melakukan dan memenuhi kebutuhan dasarnya selama perawatan, pasien berbaring lemah ditempat tidur, belum

bisa beraktivitas karena resiko nyeri dada berulang dan lemah seperti kurang bertenaga.

6. **Kebutuhan Khusus :**

Tidak ada

7. **Kebutuhan Edukasi (dikaji pada pasien dan atau keluarga) :**

Pasien memerlukan edukasi dan pendekatan secara terapeutik pada manajemen perawatan guna mengurangi kecemasan pasien.

8. **Perencanaan Pulang (dilengkapi dalam waktu 48 jam pertama pasien masuk ruang rawat) :**

Pasien tinggal dengan anak dan istrinya, kamar pasien dirumah terletak dilantai dasar (satu). Penerangan lampu cukup terang, kamar tidur dekat dengan kamar mandi, WC jongkok, sebelum sakit pasien dapat memenuhi kebutuhan dasarnya dengan mandiri dan saat ini pasien memerlukan bantuan untuk memenuhi kebutuhan dasarnya dirumah.

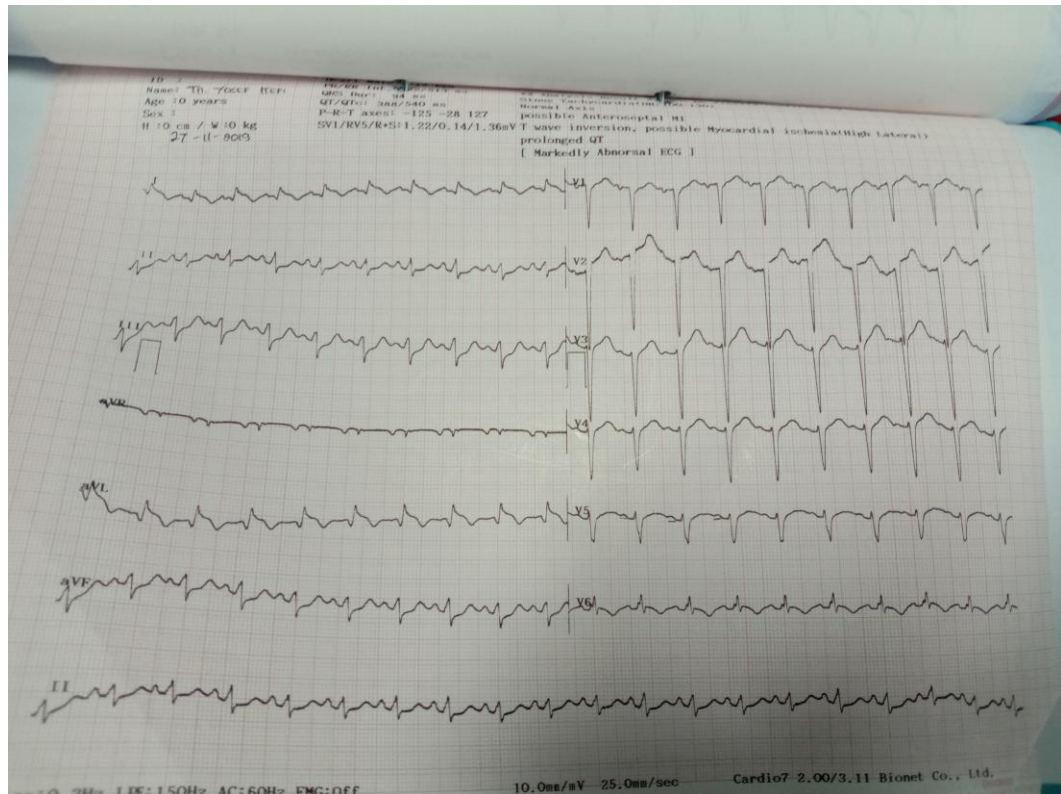
V. PEMERIKSAAN PENUNJANG (Laboratorium, Rontgen dll)

RONTGEN CT-SCAN USG EKG

ENDOSKOPI Lain-lain, Laboratorium

EKG : ST Elevasi pada lead II,III, AVF

Klinis : NSTEMI



Hasil/interpretasi : Lab 27/11/2019

Pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan
Glukosa puasa	113	70-100
HbA1c	5,8	4,5-6,5
Bilirubin total	1,2	0,1-1,2
Total protein	0,3	6,6-8,8
Albumin	3,9	3,5-5,5
Globulin	3,1	2,3-3,5
Cholestrol	159	<200
Trigliserida	81	<150
HDL Cholestrol	36	>45
LDL Cholestrol	107	<130
Asam Urat	5,9	3,4-7,0
Ureum	43,6	17,0-43,0
Kreatinin	0,9	0,9-1,3
Kalium	3,2	3,6-5,5

VI. TERAPI YANG DIDAPAT

Nama Obat	Dosis	Fungsi
Valsartan	160 mg (Tab) 1x1	Obat dengan fungsi untuk mengatasi tekanan darah tinggi (hipertensi) dan gagal jantung
Atorvastatin	20 mg (Tab) 1x1	Atorvastatin menurunkan jumlah kolesterol dalam tubuh dengan cara menghambat enzim yang bertugas memproduksi kolesterol di hati. Dengan demikian, jumlah kolesterol jahat dalam darah akan turun, sehingga menurunkan risiko kolesterol menempel serta menyumbat pada pembuluh darah arteri (aterosklerosis).
Nitrokaf	5 mg 2x1	Obat untuk pencegahan dan terapi jangka panjang pada penderita angina pektoris. Obat ini mengandung bahan aktif berupa nitrogliserin yang bersifat vasodilator (dapat memperlebar pembuluh darah).
Amlodipine	10 mg 1x1	Obat calcium channel blockers untuk menurunkan tekanan darah tinggi. Obat untuk hipertensi ini bekerja dengan cara memasuki jaringan dan pembuluh arteri tertentu. Kemudian mengalir ke jantung sehingga bekerja sangat efektif untuk menurunkan tekanan darah.

Spirolactone	25 mg (Tab) 1x1	adalah obat yang digunakan untuk mengobati tekanan darah tinggi. Obat ini bekerja dengan cara menghambat penyerapan garam (natrium) berlebih dalam tubuh dan menjaga kadar kalium dalam darah agar tidak terlalu rendah, sehingga tekanan darah dapat ditekan.
Brilinta	90 mg (Tab) 2x1	adalah obat yang digunakan untuk mencegah kejadian-kejadian trombosis (misalnya kematian kardiovaskular, infark miokard, atau stroke) pada pasien yang menderita sindrom koroner akut.
Spirola	25 mg 1x1	Spirola merupakan obat diuretik hemat kalium yang digunakan untuk mengobati tekanan darah tinggi, edema, dan kondisi gagal jantung kongestif.
Aspilets	1x1	Obat jenis ini berfungsi untuk mengencerkan darah dan mencegah penggumpalan di pembuluh darah. Maka itu, aspilets biasanya digunakan untuk mencegah penyakit tromboemboli dan kardiovaskular, seperti: stroke iskemik.
V Block	6,25 mg (Tab) 1x1	Adalah obat yang mengandung zat aktif Carvedilol dan digunakan

		untuk mengatasi hipertensi, angina pectoris akibat arteriosklerosis koroner, serangan jantung, dan penyakit gangguan kardiovaskular lainnya.
Amiodarone	2x200mg	Adalah obat yang digunakan untuk mengobati beberapa jenis aritmia (gangguan irama jantung) serius, seperti persisten fibrilasi ventrikel dan takikardi ventrikel. Obat ini berfungsi mengembalikan irama jantung normal dan mempertahankan detak jantung yang stabil
KSR (Kalium Klorida)	3x1	Kalium klorida adalah obat suplemen mineral dengan fungsi untuk mengobati atau mencegah hipokalemia, alias kekurangan kalium. ... Di dalam tubuh, mineral ini membantu sel, ginjal, jantung, otot, dan saraf Anda berfungsi dengan baik.
Laxadine	60 ml (Syrup) 3x1	Obat yang digunakan untuk mengatasi susah buang air besar (konstipasi). Obat ini mengandung Phenolphthalein, Paraffin Liquidum, dan Glycerin. Laxadine bekerja dengan cara merangsang gerakan peristaltik usus besar, menghambat reabsorpsi air dan melicinkan

		jalannya feses
Ceftriaxone	2x1 gr	Adalah obat antibiotik dengan fungsi untuk mengobati berbagai macam infeksi bakteri. Ceftriaxone termasuk ke dalam kelas antibiotik bernama cephalosporin yang bekerja dengan cara menghentikan pertumbuhan bakteri.
Furosemide	3x1 amp	Adalah obat golongan diuretik yang digunakan untuk membuang cairan atau garam berlebih di dalam tubuh melalui urine dan meredakan pembengkakan yang disebabkan oleh gagal jantung, penyakit hati, penyakit ginjal atau kondisi terkait.
Lovenox	0,6 (sc) 2x1	obat pengencer darah yang digunakan untuk mengatasi penggumpalan darah. Obat ini digunakan untuk mencegah dan mengatasi deep vein thrombosis, yang berisiko terjadi pada pasien yang menjalani operasi perut, lutut, atau panggul. Enoxaparin bekerja dengan menghambat pembentukan zat di tubuh yang menyebabkan pembekuan darah

**PENILAIAN STATUS FUNGSIONAL
(BERDASARKAN PENILAIAN BARTHEL INDEX)**

NO	FUNGSI	SKOR	URAIAN	NILAI SKOR						
				SEBELUM SAKIT	SAAT MASUK RS	MGG I DIRS	MGG II DIRS	MGG III DIRS	MGG IV DIRS	SAAT PULANG
1	Mengendalikan rangsang defekasi BAB	0	Tidak terkendali/teratur (perlu pencahar)							
		1	Kadang-kadang tidak terkendali		1					
		2	Madiri	2						
2	Mengendalikan rangsang berkemih (BAK)	0	Tak terkendali/pakai kateter							
		1	Kadang-kadang tak terkendali		1					
		2	Madiri	2						
3	Membersihkan diri (cuci muka, sisir rambut, sikat gigi)	0	Butuh pertolongan orang lain		1					
		1	Mandiri	2						
4	Penggunaan jamban, masuk dan keluar (memakai celana, membersihkan, menyiram)	0	Tergantung pertolongan orang lain							
		1	Perlu pertolongan pada beberapa kegiatan dapat mengerjakan sendiri kegiatan yang lain		1					
		2	Mandiri	2						
5	Makan	0	Tidak mampu							
		1	Perlu ditolong memotong makanan		1					
		2	Mandiri	2						
6	Berubah sikap dari berbaring ke duduk	1	Perlu banyak bantuan untuk bisa duduk (2 orang)							
		2	Bantuan (2 orang)		1					
		3	Mandiri	3						
7	Berpindah/berjalan	0	Tidak mampu							
		1	Bisa (pindah)dengan kursi roda							
		2	Berjalan dengan bantuan 1 orang		2					
		3	Mandiri	3						

NO	FUNGSI	SKOR	URAIAN	NILAI SKOR						
				SEBELUM SAKIT	SAAT MASUK RS	MGG I DI RS	MGG II DI RS	MGG III DI RS	MGG IV DI RS	SAAT PULANG
8	Memakai baju	0	Tergantung orang lain							
		1	Sebagian dibantu		1					
		2	Mandiri	2						
		0	Tidak Mampu							
9	Naik turun tangga	1	Butuh pertolongan		1					
		2	Mandiri	2						
10	Mandi	0	Tergantung orang lain		0					
		1	Mandiri	2						
TOTAL SKOR				22	10					
NAMA & TANGAN PERAWAT										

Keterangan :

20 : Mandiri

5 – 8 : Ketergantungan berat

12 – 19 : Ketergantungan ringan

0 – 4 : Ketergantungan total

9 – 11 : Ketergantungan sedang √

ANALISA DATA

Data	Etiologi	Diagnosa
<p>Ds :</p> <p>Pasien mengatakan merasa lelah saat mau beraktifitas dan merasa tidak bertenaga.</p> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nadi 86x/mnt, teraba kuat - Tekanan darah 133/91 mmHg - Hasil EKG : ST depresi pada lead II,III, AVF - Kalium : 3,2 mmol/L - CRT : <2 detik - Tidak ada sianosis 	<p>Penurunan aliran darah koroner</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Mengganggu absorpsi nutrien dan oksigen</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Pembuluh darah nekrotik</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Tumbuh jaringan parut</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Lumen sempit dan kaku</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Aliran darah tersumbat</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Cardiac output</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Risiko penurunan curah jantung</p>	<p>Risiko penurunan curah jantung</p>

<p>Ds :</p> <p>Pasien mengatakan tidak ada keluhan</p> <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terlihat cemas. - Gelisah. - Pasien tampak tidak nyaman. - terlihat lesu - Pasien tampak menunduk <p>Nadi : 86 x/m</p>	<p>Plak pada dinding arteri</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Obstruksi arteri koroner</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Suplai O2 ke jantung menurun</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Infark Miokard</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Henti jantung</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Ancaman kematian</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Ansietas</p>	<p>Ansietas</p>
<p>Ds :</p> <p>Pasien mengatakan tidak ada keluhan</p> <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terlihat cemas. - Gelisah. - Pasien tampak tidak nyaman. - Pasien tampak menangis - terlihat lesu - Pasien tampak menunduk <p>Nadi : 86 x/m</p>	<p>Penyakit jantung koroner</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Kelemahan</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Ketidakmampuan pengungkapan masalah tentang penyakit</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Gangguan citra tubuh</p>	<p>Gangguan Citra Tubuh</p>

B. INTERVENSI KEPERAWATAN

NO	NANDA	NOC	NIC
1.	<p>Risiko Penurunan curah jantung (00240)</p> <p>Domain 4 (aktivitas / istirahat) Kelas 4 (respon cardiovascular / pulmonary)</p> <p>Definisi: rentan terhadap pemompaan darah yang tidak adekuat oleh jantung untuk menemukan tuntutan metabolik tubuh yang dapat mempengaruhi kesehatan</p> <p>Faktor resiko:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1.1 Perubahan denyut jantung 1.2 Perubahan irama jantung 1.3 Perubahan afterload 1.4 Perubahan kontraktilitas 1.5 Perubahan preload 1.6 Perubahan stroke volume 	<p>NOC :</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam, klien dapat:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cardiac Pump effectiveness (0400): <p>Definisi : Pemompaan volume darah yang adekuat dari ventrikel kiri untuk mensupport tekanan perfusi sistemik</p> <p>Indikator:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1.1 Sangat tinggi dari Normal 1.2 Tinggi dari normal 1.3 Sedang dari normal 1.4 Sedikit dari normal 1.5 Normal <ul style="list-style-type: none"> 1.1 Tekanan darah sistolik (5) 1.2 Tekanan darah diastolik (5) 	<p>NIC :</p> <p>Cardiac Care (4040)</p> <p>Definisi: pembatasan komplikasi akibat ketidakseimbangan antara suplai oksigen miokard dan permintaan untuk pasien dengan gejala gangguan fungsi jantung</p> <ul style="list-style-type: none"> 1.1 Evaluasi adanya nyeri dada (intensitas, lokasi, durasi) 1.2 Catat adanya disritmia jantung 1.3 Catat adanya tanda dan gejala penurunan cardiac output 1.4 Monitor status kardiovaskuler 1.5 Monitor status pernafasan yang menandakan gagal jantung 1.6 Monitor abdomen sebagai indicator penurunan perfusi 1.7 Monitor balance cairan 1.8 Monitor adanya perubahan tekanan darah

		<p>1.3 Urine output (5)</p> <p>1.4 Balance intake dan output 24 jam (4)</p> <p>1.5 Berkeringat (5)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Circulation Status (0401): Tidak ada sumbatan, darah mengalir searah sesuai tekanan yang besar pada sirkuit sistemik dan paru <p>1.1 Tekanan nadi (5)</p> <p>1.2 Saturasi oksigen (5)</p> <p>1.3 Cappillary refill (5)</p>	<p>1.9 Monitor respon pasien terhadap efek pengobatan antiaritmia</p> <p>1.10 Atur periode latihan dan istirahat untuk menghindari kelelahan</p> <p>1.11 Monitor toleransi aktivitas pasien</p> <p>1.12 Anjurkan untuk menurunkan stress</p> <p>Vital Sign Monitoring (6680) Definisi: pengumpulan data dan analisis kardiovaskular, pernapasan dan suhu tubuh untuk menentukan dan mencegah komplikasi.</p> <p>1.1 Monitor TD, nadi, suhu, dan RR</p> <p>1.2 Monitor VS saat pasien berbaring, duduk, atau berdiri</p> <p>1.3 Monitor kualitas dari nadi</p> <p>1.4 Monitor bunyi jantung</p> <p>1.5 Monitor frekuensi dan irama pernapasan</p> <p>1.6 Monitor pola pernapasan abnormal</p> <p>1.7 Monitor suhu, warna, dan kelembaban kulit</p> <p>1.8 Monitor adanya cushing triad (tekanan</p>
--	--	--	---

			nadi yang melebar, bradikardi, peningkatan sistolik) 1.9 Identifikasi penyebab dari perubahan vital sign
2.	<p>Ansietas (00146) Domain 9 (koping / toleransi stress), Kelas 2 (respon koping)</p> <p>Definisi: perasaan tidak nyaman atau kekhawatiran yang samar di sertai respon automom (sumber sering kali tidak spesifik atau tidak diketahui oleh individu); perasaan takut yang disebabkan oleh antisipasi terhadap bahaya. Hal ini merupakan isyarat kewaspadaan yang memperingatkan individu akan adanya bahaya dan memampukan individu untuk bertindak menghadapi ancaman.</p>	<p>NOC : Kontrol diri terhadap kecemasan (1402)</p> <p>Definisi : tindakan pribadi untuk menghilangkan atau mengurangi rasa ketakutan, ketegangan, atau kegelisahan dari sumber yang tidak dapat diidentifikasi</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1 x 24 jam ansietas klien teratasi dengan kriteria hasil: Skala: 2.1 Tidak pernah ditunjukkan 2.2 Jarang ditunjukkan 2.3 Kadang ditunjukkan</p>	<p>NIC : Anxiety Reduction (5820) (penurunan kecemasan)</p> <p>Definisi : meminimalkan temuan, ketakutan, firasat, atau kegelisahan berkaitan dengan sumber tak dikenal untuk mengantisipasi bahaya</p> <p>2.1 Gunakan pendekatan yang menenangkan 2.2 Nyatakan dengan jelas harapan terhadap pelaku pasien 2.3 Jelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur 2.4 Temani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi takut 2.5 Berikan informasi faktual mengenai</p>

	<p>Faktor yang berhubungan:</p> <p>2.1 Konflik tentang tujuan hidup</p> <p>2.1 Paparan toxin</p> <p>2.3 Perubahan besar (mis:status ekonomi, lingkungan, status kesehatan, fungsi peran, status peran)</p> <p>2.4 Ancaman terhadap status saat ini</p>	<p>2.4 Sering ditunjukkan</p> <p>2.5 Selalu ditunjukkan</p> <p>2.1 Monitor intensitas kecemasan (5)</p> <p>2.2 Penurunan stimuli lingkungan saat cemas (5)</p> <p>2.3 Berusaha menginformasikan penurunan cemas (5)</p> <p>2.4 Menggunakan coping strategis yang efektif (5)</p> <p>2.5 Kontrol respon kecemasan (5)</p>	<p>diagnosis, tindakan prognosis</p> <p>2.6 Libatkan keluarga untuk mendampingi klien</p> <p>2.7 Instruksikan pada pasien untuk menggunakan tehnik relaksasi</p> <p>2.8 Dengarkan dengan penuh perhatian</p> <p>2.9 Identifikasi tingkat kecemasan</p> <p>2.10 Bantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan</p> <p>2.11 Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan, persepsi</p>
3.	<p>Gangguan citra tubuh (00118)</p> <p>Domain 6 : Persepsi diri</p> <p>Kelas 3 : citra tubuh</p> <p>Definisi :</p> <p>Konfusi dalam gambaran mental tentang diri-fisik individu</p> <p>Batasan karakteristik :</p>	<p>NOC :</p> <p>Citra tubuh (1200)</p> <p>Definisi : persepsi terhadap penampilan dan fungsi tubuh sendiri</p> <p>Skala Outcome</p> <p>Indikator :</p> <p>3.1 Gambaran internal diri (5)</p>	<p>NIC :</p> <p>Pengurangan kecemasan (5820)</p> <p>Definisi : Mengurangi tekanan, ketakutan, firasat, maupun ketidaknyamanan terkait dengan sumber-sumber bahaya yang tidak teridentifikasi</p> <p>Aktivitas :</p>

	<p>3.1 Menolak menerima perubahan</p> <p>3.2 Menyembunyikan bagian tubuh</p> <p>3.3 Perasaan negatif tentang tubuh</p> <p>3.4 Perubahan gaya hidup</p> <p>Faktor yang berhubungan :</p> <p>3.1 Gangguan fungsi psikososial</p> <p>3.2 Penyakit</p> <p>3.3 Perubahan fungsi kognitif</p> <p>3.4 Perubahan fungsi tubuh</p> <p>3.5 Program pengobatan</p>	<p>3.2 Kesesuaian antara ideal tubuh, realitas tubuh dengan penampilan tubuh (5)</p> <p>3.3 Deskripsi bagian tubuh yang terkena (5)</p> <p>3.4 Penyesuaian terhadap perubahan tampilan fisik (5)</p> <p>3.5 Penyesuaian terhadap perubahan status kesehatan</p> <p>Keterangan :</p> <p>3.1 Tidak pernah positif</p> <p>3.2 Jarang positif</p> <p>3.3 Kadang-kadang positif</p> <p>3.4 Sering positif</p> <p>Konsisten positif</p>	<p>3.1 Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</p> <p>3.2 Nyatakan dengan jelas harapan terhadap perilaku klien</p> <p>3.3 Pahami situasi krisis yang terjadi pada perspektif klien</p> <p>3.4 Dorong keluarga untuk mendampingi klien dengan cara yang tepat</p> <p>3.5 Dengarkan klien</p> <p>Pertimbangkan kemampuan klien untuk mengambil keputusan</p>
--	---	---	---

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

NO DX	HARI/ TGL	IMPLEMENTASI	EVALUASI
1.	Rabu 27.11.201 9	1.1 Mengevaluasi adanya nyeri dada (intensitas, lokasi, durasi) 1.2 Mencatat adanya disritmia jantung 1.3 Mencatat adanya tanda dan gejala penurunan cardiac output 1.4 Memonitor status kardiovaskuler 1.5 Memonitor status pernafasan yang menandakan gagal jantung 1.6 Monitor abdomen sebagai indikator penurunan perfusi 1.7 Memonitor balance cairan 1.8 Memonitor adanya perubahan tekanan darah 1.9 Memonitor respon pasien terhadap efek pengobatan antiaritmia 1.10 Mengatur periode latihan dan istirahat untuk menghindari kelelahan 1.11 Memonitor toleransi	S : Pasien mengatakan merasa lelah saat mau beraktifitas dan merasa tidak bertenaga. O : - Nadi 86x/mnt, teraba kuat - Tekanan darah 133/91 mmHg - Hasil EKG : ST depresi pada lead II, III, AVF - Kalium : 3,2 mmol/L - CRT : <2 detik Tidak ada sianosis A : Masalah Nyeri akut belum teratasi dengan kriteria hasil : 1. Melaporkan nyeri terkontrol (2) 2. Kemampuan mengenali onset nyeri (2) 3. Kemampuan mengenali penyebab nyeri (2) 4. Kemampuan menggunakan teknik non-farmakologis (2) 5. Dukungan orang terdekat (3) 6. Penggunaan analgetik (3) P : Intervensi dilanjutkan: 1.1 Evaluasi adanya nyeri dada (intensitas, lokasi, durasi) 1.2 Catat adanya disritmia jantung 1.3 Catat adanya tanda dan gejala penurunan cardiac output 1.4 Monitor status kardiovaskuler

		<p>aktivitas pasien</p> <p>1.12 Menganjurkan untuk menurunkan stress</p>	<p>1.5 Monitor status pernafasan yang menandakan gagal jantung</p> <p>1.6 Monitor abdomen sebagai indicator penurunan perfusi</p> <p>1.7 Monitor balance cairan</p> <p>1.8 Monitor adanya perubahan tekanan darah</p> <p>1.9 Monitor respon pasien terhadap efek pengobatan antiaritmia</p> <p>1.10 Atur periode latihan dan istirahat untuk menghindari kelelahan</p> <p>1.11 Monitor toleransi aktivitas pasien</p> <p>1.12 Anjurkan untuk menurunkan stress</p>
2		<p>2.1 Memonitor intensitas kecemasan (5)</p> <p>2.2 Menurunkan stimuli lingkungan saat cemas (5)</p> <p>2.3 Berusaha menginformasikan penurunan cemas (5)</p> <p>2.4 Menggunakan coping strategis yang efektif (5)</p> <p>2.5 Mengontrol respon kecemasan (5)</p>	<p>S: Pasien mengatakan tidak ada keluhan</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terlihat cemas. - Gelisah. - Pasien tampak tidak nyaman. - terlihat lesu - Pasien tampak menunduk <p>A: Masalah belum teratasi ditandai dengan</p> <p>P. Intervensi dilanjutkan:</p> <p>(2.1 Gunakan pendekatan yang menenangkan</p> <p>2.2 Nyatakan dengan jelas harapan terhadap pelaku pasien</p> <p>2.3 Jelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur</p> <p>2.4 Temani pasien untuk memberikan</p>

			<p>keamanan dan mengurangi takut</p> <p>2.5 Berikan informasi faktual mengenai diagnosis, tindakan prognosis</p> <p>2.6 Libatkan keluarga untuk mendampingi klien</p> <p>2.7 Instruksikan pada pasien untuk menggunakan tehnik relaksasi</p> <p>2.8 Dengarkan dengan penuh perhatian</p> <p>2.9 Identifikasi tingkat kecemasan</p> <p>2.10 Bantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan</p> <p>2.11 Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan, persepsi</p>
3		<p>3.1 Gambaran internal diri (5)</p> <p>3.2 Kesesuaian antara ideal tubuh, realitas tubuh dengan penampilan tubuh (5)</p> <p>3.3 Deskripsi bagian tubuh yang terkena (5)</p> <p>3.4 Penyesuaian terhadap perubahan tampilan fisik (5)</p> <p>3.5 Penyesuaian terhadap perubahan status kesehatan</p>	<p>S :</p> <p>Pasien mengatakan tidak ada keluhan</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasen terlihat cemas. - Gelisah. - Pasien tampak tidak nyaman. - Pasien tampak menangis - terlihat lesu - Pasien tampak menunduk <p>Nadi : 86 x/m</p> <p>A : Masalah belum teratasi ditandai</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan :</p> <p>3.1 Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</p> <p>3.2 Nyatakan dengan jelas harapan terhadap perilaku klien</p>

			<p>3.3 Pahami situasi krisis yang terjadi pada perspektif klien</p> <p>3.4 Dorong keluarga untuk mendampingi klien dengan cara yang tepat</p> <p>3.5 Dengarkan klien</p> <p>3.6 Pertimbangkan kemampuan klien untuk mengambil keputusan</p>
NO DX	HARI/ TGL	IMPLEMENTASI	EVALUASI
1.	Kamis 28.11.201 9	<p>1.1 Mengevaluasi adanya nyeri dada (intensitas, lokasi, durasi)</p> <p>1.2 Mencatat adanya disritmia jantung</p> <p>1.3 Mencatat adanya tanda dan gejala penurunan cardiac output</p> <p>1.4 Memonitor status kardiovaskuler</p>	<p>S : Pasien mengatakan merasa lelah saat mau beraktifitas dan merasa tidak bertenaga.</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nadi 82x/mnt, teraba kuat - Tekanan darah 129/87 mmHg - Hasil EKG : ST depresi pada lead II,III, AVF - CRT : <2 detik <p>Tidak ada sianosis</p>

	<p>1.5 Memonitor status pernafasan yang menandakan gagal jantung</p> <p>1.6 Monitor abdomen sebagai indicator penurunan perfusi</p> <p>1.7 Memonitor balance cairan</p> <p>1.8 Memonitor adanya perubahan tekanan darah</p> <p>1.9 Memonitor respon pasien terhadap efek pengobatan antiaritmia</p> <p>1.10 Mengatur periode latihan dan istirahat untuk menghindari kelelahan</p> <p>1.11 Memonitor toleransi aktivitas pasien</p> <p>1.12 Menganjurkan untuk menurunkan stress</p>	<p>A : Masalah Nyeri akut belum teratasi dengan kriteria hasil :</p> <p>7. Melaporkan nyeri terkontrol (2)</p> <p>8. Kemampuan mengenali onset nyeri (2)</p> <p>9. Kemampuan mengenali penyebab nyeri (2)</p> <p>10. Kemampuan menggunakan teknik non-farmakologis (2)</p> <p>11. Dukungan orang terdekat (3)</p> <p>12. Penggunaan analgetik (3)</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan:</p> <p>1.1 Evaluasi adanya nyeri dada (intensitas, lokasi, durasi)</p> <p>1.2 Catat adanya disritmia jantung</p> <p>1.3 Catat adanya tanda dan gejala penurunan cardiac output</p> <p>1.4 Monitor status kardiovaskuler</p> <p>1.5 Monitor status pernafasan yang menandakan gagal jantung</p> <p>1.6 Monitor abdomen sebagai indicator penurunan perfusi</p> <p>1.7 Monitor balance cairan</p> <p>1.8 Monitor adanya perubahan tekanan darah</p> <p>1.9 Monitor respon pasien terhadap efek pengobatan antiaritmia</p> <p>1.10 Atur periode latihan dan istirahat untuk menghindari kelelahan</p> <p>1.11 Monitor toleransi aktivitas pasien</p> <p>1.12 Anjurkan untuk menurunkan stress</p>
2	2.1 Memonitor intensitas kecemasan (5)	S: Pasien mengatakan tidak ada keluhan

		<p>2.2 Menurunkan stimuli lingkungan saat cemas (5)</p> <p>2.3 Berusaha menginformasikan penurunan cemas (5)</p> <p>2.4 Menggunakan coping strategis yang efektif (5)</p> <p>2.5 Mengontrol respon kecemasan (5)</p>	<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terlihat cemas. - Gelisah. - Pasien tampak tidak nyaman. - terlihat lesu - Pasien tampak menunduk <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P. Intervensi dilanjutkan:</p> <p>(2.1 Gunakan pendekatan yang menenangkan</p> <p>2.2 Nyatakan dengan jelas harapan terhadap pelaku pasien</p> <p>2.3 Jelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur agnosis, tindakan prognosis</p> <p>2.6 Libatkan keluarga untuk mendampingi klien</p> <p>2.7 Instruksikan pada pasien untuk menggunakan tehnik relaksasi</p> <p>2.8 Dengarkan dengan penuh perhatian</p> <p>2.9 Identifikasi tingkat kecemasan</p> <p>2.10 Bantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan</p> <p>2.11 Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan, persepsi</p>
3		<p>3.1 Gambaran internal diri (5)</p> <p>3.2 Kesesuaian antara ideal</p>	<p>S :</p> <p>Pasien mengatakan tidak ada keluhan</p>

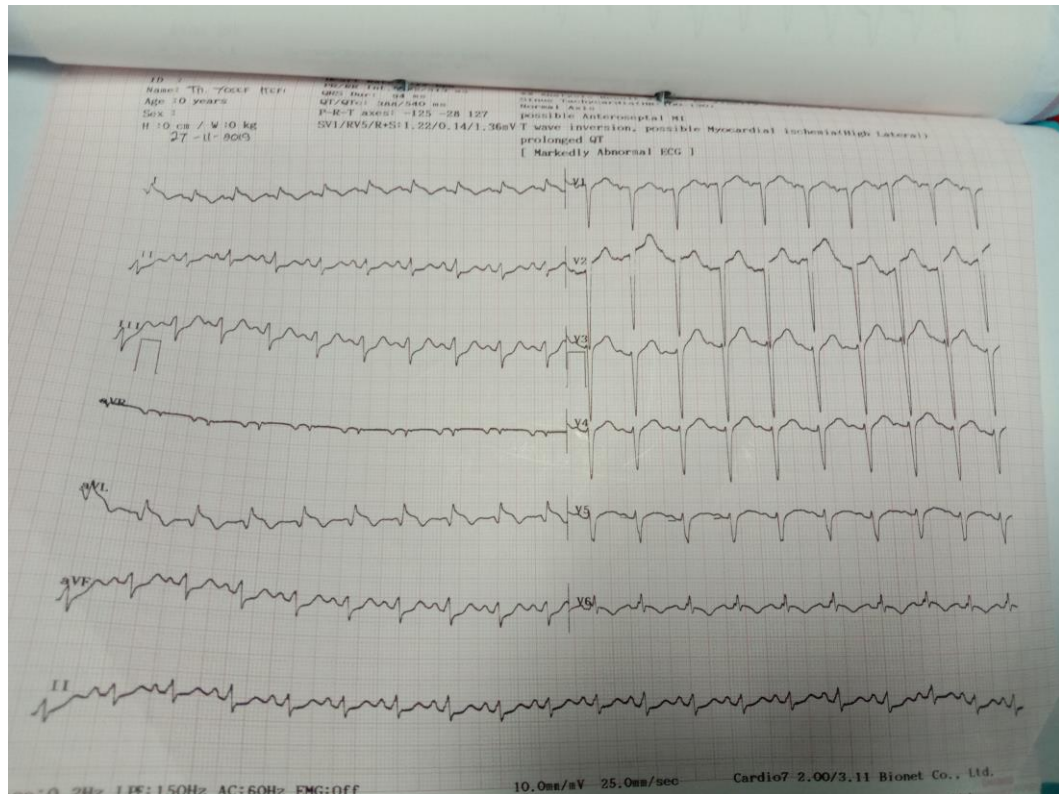
		<p>tubuh, realitas tubuh dengan penampilan tubuh (5)</p> <p>3.3 Deskripsi bagian tubuh yang terkena (5)</p> <p>3.4 Penyesuaian terhadap perubahan tampilan fisik (5)</p> <p>3.5 Penyesuaian terhadap perubahan status kesehatan</p>	<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terlihat cemas. - Gelisah. - Pasien tampak tidak nyaman. - Pasien tampak menangis - terlihat lesu - Pasien tampak menunduk <p>Nadi : 82 x/m</p> <p>A : Masalah belum teratasi ditandai</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan :</p> <p>3.1 Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</p> <p>3.2 Nyatakan dengan jelas harapan terhadap perilaku klien</p> <p>3.3 Pahami situasi krisis yang terjadi pada perspektif klien</p> <p>3.4 Dorong keluarga untuk mendampingi klien dengan cara yang tepat</p> <p>3.5 Dengarkan klien</p> <p>3.6 Pertimbangkan kemampuan klien untuk mengambil keputusan</p>
--	--	---	--

NO DX	HARI/ TGL	IMPLEMENTASI	EVALUASI
1.	Jumat 29.11.201 9	1.1 Mengevaluasi adanya nyeri dada (intensitas, lokasi, durasi) 1.2 Mencatat adanya disritmia jantung 1.3 Mencatat adanya tanda dan gejala penurunan cardiac output 1.4 Memonitor status kardiovaskuler 1.5 Memonitor status pernafasan yang menandakan gagal jantung 1.6 Monitor abdomen sebagai indikator penurunan perfusi 1.7 Memonitor balance cairan 1.8 Memonitor adanya perubahan tekanan darah 1.9 Memonitor respon pasien terhadap efek	S : Pasien mengatakan tidak ada keluhan O: - Pasien terlihat tenang. - Pasien tampak nyaman. - Terlihat bugar Nadi : 82 x/m A : Masalah teratasi A : Masalah belum teratasi dengan P : Intervensi dilanjutkan: 1.1 Evaluasi adanya nyeri dada (intensitas, lokasi, durasi) 1.2 Catat adanya disritmia jantung 1.3 Catat adanya tanda dan gejala penurunan cardiac output 1.4 Monitor status kardiovaskuler 1.5 Monitor status pernafasan yang menandakan gagal jantung 1.6 Monitor abdomen sebagai indikator penurunan perfusi 1.7 Monitor balance cairan 1.8 Monitor adanya perubahan tekanan darah

		<p>pengobatan antiaritmia</p> <p>1.10 Mengatur periode latihan dan istirahat untuk menghindari kelelahan</p> <p>1.11 Memonitor toleransi aktivitas pasien</p> <p>1.12 Mengajukan untuk menurunkan stress</p>	<p>1.9 Monitor respon pasien terhadap efek pengobatan antiaritmia</p> <p>1.10 Atur periode latihan dan istirahat untuk menghindari kelelahan</p> <p>1.11 Monitor toleransi aktivitas pasien</p> <p>1.12 Anjurkan untuk menurunkan stress</p>
2		<p>2.1 Memonitor intensitas kecemasan (5)</p> <p>2.2 Menurunkan stimuli lingkungan saat cemas (5)</p> <p>2.3 Berusaha menginformasikan penurunan cemas (5)</p> <p>2.4 Menggunakan coping strategis yang efektif (5)</p> <p>2.5 Mengontrol respon kecemasan (5)</p>	<p>S :</p> <p>Pasien mengatakan pasien merasa lega dan bahagia</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terlihat tenang. - Pasien tampak nyaman. - Terlihat bugar <p>Nadi : 82 x/m</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P. Intervensi dilanjutkan:</p> <p>(2.1 Gunakan pendekatan yang menenangkan</p> <p>2.2 Nyatakan dengan jelas harapan terhadap pelaku pasien</p> <p>2.3 Jelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur agnosis, tindakan prognosis</p> <p>2.6 Libatkan keluarga untuk mendampingi klien</p> <p>2.7 Instruksikan pada pasien untuk menggunakan tehnik relaksasi</p> <p>2.8 Dengarkan dengan penuh perhatian</p>

			<p>2.9 Identifikasi tingkat kecemasan</p> <p>2.10 Bantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan</p> <p>2.11 Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan, persepsi</p>
3		<p>3.1 Gambaran internal diri (5)</p> <p>3.2 Kesesuaian antara ideal tubuh, realitas tubuh dengan penampilan tubuh (5)</p> <p>3.3 Deskripsi bagian tubuh yang terkena (5)</p> <p>3.4 Penyesuaian terhadap perubahan tampilan fisik (5)</p> <p>3.5 Penyesuaian terhadap perubahan status kesehatan</p>	<p>S :</p> <p>Pasien mengatakan tidak ada keluhan</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terlihat tenang. - Pasien tampak nyaman. - Terlihat bugar <p>Nadi : 82 x/m</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan :</p> <p>3.1 Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</p> <p>3.2 Nyatakan dengan jelas harapan terhadap perilaku klien</p> <p>3.3 Pahami situasi krisis yang terjadi pada perspektif klien</p> <p>3.4 Dorong keluarga untuk mendampingi klien dengan cara yang tepat</p> <p>3.5 Dengarkan klien</p> <p>3.6 Pertimbangkan kemampuan klien untuk mengambil keputusan</p>

UJI DIAGNOSTIK



Hasil Pemeriksaan EKG pada tanggal 27 November 2019 di dapatkan interpretasi, irama regular, Frekuensi jantung (HR) 115 x/menit, gelombang P ada, lebar 0,08 detik (2 kotak kecil), tinggi 0,2 mv, Interval PR 0,12 detik (3 kotak kecil), Kesimpulan sinus Takikardi dengan NSTEMI

**SURAT PERNYATAAN BERSEDIA BERPARTISIPASI
SEBAGAI RESPONDEN PENELITIAN**

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Umur :

Alamat :

No. telp.....

Setelah mendapat penjelasan dari peneliti, dengan ini saya menyatakan bersedia berpartisipasi menjadi responden dalam penelitian yang berjudul Efektifitas Penggunaan Intervensi Komunikasi Terapeutik Terhadap Penurunan Kecemasan Pada Pasien *Non ST Elevation Myocardial Infarction (NSTEMI)* Di Ruang ICCU RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

Adapun bentuk kesediaan saya ini adalah :

1. Bersedia meluangkan waktu untuk diberikan intervensi Komunikasi Terapeutik
2. Memberikan informasi yang benar dan sejujurnya terhadap apa yang diminta atau ditanyakan oleh peneliti

Keikutsertaan saya ini sukarela dan tidak ada unsur paksaan dari pihak manapun. Demikian surat pernyataan ini saya buat, untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Samarinda, 2019

Mengetahui

Yang membuat pernyataan

Peneliti

(Priska Firanda)



STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) KOMUNIKASI TERAPEUTIK

PENGERTIAN

Komunikasi Terapeutik adalah komunikasi yang direncanakan secara sadar, bertujuan dan kegiatannya dipusatkan untuk kesembuhan pasien. Pada dasarnya komunikasi terapeutik merupakan komunikasi profesional yang mengarah pada tujuan yaitu penyembuhan pasien

TUJUAN

- a. Membantu pasien untuk memperjelas dan mengurangi beban perasaan dan pikiran serta dapat mengambil tindakan untuk mengubah situasi yang ada bila pasien percaya pada hal yang diperlukan.
- a. Mengurangi keraguan, membantu dalam hal mengambil tindakan yang efektif dan mempertahankan kekuatan egonya.
- b. Memengaruhi orang lain, lingkungan fisik, dan dirinya sendiri.

PROSEDUR

- a. Fase pra-interkasi
 - 1) Mengumpulkan data tentang pasien
 - 2) Mengeksplorasi perasaan, fantasi, dan ketakutan diri
 - 3) Membuat rencana pertemuan dengan pasien (kegiatan, waktu, tempat)
- b. Fase orientasi/ perkenalan
 - 1) Memberi salam
 - 2) Memperkenalkan diri
 - 3) Menanyakan nama pasien
 - 4) Menyepakati pertemuan (kontrak)
 - 5) Menghadapi kontrak
 - 6) Memulai percakapan awal
 - 7) Menyepakati masalah pasien
 - 8) Mengakhiri perkenalan
- c. Fase kerja
 - 1) Meningkatkan pengertian dan pengenalan pasien akan dirinya, perilakunya, perasaannya, pikirannya. Tujuan ini sering disebut tujuan kognitif.
 - 2) Mengembangkan, mempertahankan dan meningkatkan kemampuan pasien secara mandiri menyelesaikan masalah yang dihadapi. Tujuan ini sering disebut tujuan

Hamilton Rating Scale for Anxiety (HARS)

Nama Responden :

Jenis kelamin :

Berilah ceklis jika saudara merasakan hal tersebut

No	Pertanyaan	0	1	2	3	4
1	Perasaan Ansietas <ul style="list-style-type: none">• Cemas• Firasat buruk• Takut akan pikiran sendiri• Mudah tersinggung					
2	Ketegangan <ul style="list-style-type: none">• Merasa tegang• Lesu• Tidak bisa istirahat tenang• Mudah terkejut• Mudah menangis• Gemetar• Gelisah					
3	Ketakutan <ul style="list-style-type: none">• Pada gelap• Pada orang asing• Ditinggal sendiri• Pada binatang besar• Pada keramaian lalu lintas• Pada kerumunan orang banyak					
4	Gangguan tidur <ul style="list-style-type: none">• Sukar untuk tidur• Terbangun malam hari• Tidur nyenyak• Bangun dengan lesu• Banyak bermimpi					

No	Pertanyaan	0	1	2	3	4
	<ul style="list-style-type: none"> • Mimpi buruk • Mimpi menakutkan 					
5	Gangguan kecerdasan <ul style="list-style-type: none"> • Sukar konsentrasi • Daya ingat buruk 					
6	Perasaan depresi <ul style="list-style-type: none"> • Hilangnya minat • Berkurangnya kesenangan pada hobi • Sedih • Bangun dini hari • Perasaan berubah-ubah sepanjang hari 					
7	Gejala somatik (otot) <ul style="list-style-type: none"> • Sakit dan nyeri otot • Kaku • Keduatan otot • Gigi gemerutuk • Suara tidak stabil 					
8	Gejala somatik (sensorik) <ul style="list-style-type: none"> • Tinitus/ telinga berdenging • Penglihatan kabur • Muka merah atau pucat • Merasa lemah • Perasaan ditusuk-tusuk 					
9	Gejala kardiovaskuler <ul style="list-style-type: none"> • Takhikardia/ nadi cepat lebih dari 100x/menit • Berdebar • Nyeri di dada • Denyut nadi mengeras • Perasaan lesu/ lemas seperti mau pingsan 					

No	Pertanyaan	0	1	2	3	4
	<ul style="list-style-type: none"> • Detak jantung berhenti sekejap 					
10	Gejala respiratori <ul style="list-style-type: none"> • Rasa tertekan sempit di dada • Perasaan tercekik • Sering menarik nafas • Nafas pendek/ sesak 					
11	Gejala gastrointestinal <ul style="list-style-type: none"> • Sulit menelan • Perut melilit • Gangguan pencernaan • Nyeri sebelum dan sesudah makan • Perasaan terbakar di perut • Rasa penuh atau kembung • Mual • Muntah • Buang air besar lembek • Kehilangan berat badan • Suka buang air besar 					
12	Gejala urogenital <ul style="list-style-type: none"> • Sering buang air kecil • Tidak dapat menahan air seni • Menjadi dingin • Ereksi hilang • Ejakulasi praecoaks • Impotensi 					
13	Gejala otonom <ul style="list-style-type: none"> • Mulut kering • Muka merah • Mudah berkeringat • Pusing, sakit kepala 					

No	Pertanyaan	0	1	2	3	4
	<ul style="list-style-type: none"> • Bulu-bulu berdiri 					
14	Tingkah laku saat wawancara <ul style="list-style-type: none"> • Gelisah • Tidak tenang • Jari gemetar • Kerut kening • Muka tegang • Tonus otot meningkat • Nafas pendek dan cepat 					
Skor Total						

Keterangan:

Skor 0= Tidak Ada

1= Ringan

2= Sedang

3= Berat

Total Skor

< 14 = Tidak Ada Kecemasan

14-20 = Kecemasan Ringan

21-27 = Kecemasan Sedang

28-41 = Kecemasan Berat

42-56 = Kecemasan Berat Sekali

Dokumentasi

Penerapan Komunikasi Terapeutik pada pasien Tn. Y



Hari pertama penerapan komunikasi terapeutik pada Tn. Y



Hari kedua penerapan komunikasi terapeutik pada Tn. Y



Hari ketiga penerapan komunikasi terapeutik pada Tn. Y

LEMBAR BIMBINGAN PEMINATAN

Nama : Priska Firanda

Nim : P180739

Pembimbing Akademik : Ns. Chrisylen Damanik, S.Kep, M.Kep

Hari & Tanggal	Materi Bimbingan	Paraf/ TTD Pembimbing
Senin, 18/11/2019	<ul style="list-style-type: none">- Acc Jurnal- Lengkapi SOP- Lembar Observasi- Alat Ukur	
	<ul style="list-style-type: none">- Acc judul- Latar belakang hanya 3 lembar- Perbaiki tujuan khusus- Tambahkan penelitian terkait	
	<ul style="list-style-type: none">- Konsul aspek kelolaan- Perbaiki pengobatan terakhir dibuat obat pertiga hari- Balance cairan dibuat perdelapan jam- Perbaiki analisa data	

LEMBAR BIMBINGAN PEMINATAN

Nama : Priska Firanda
Nim : P180739
Pembimbing Akademik : Ns. Elisda Pakpahan, S.Kep

Hari & Tanggal	Materi Bimbingan	Paraf/ TTD Pembimbing
Senin, 18/11/2019	<ul style="list-style-type: none">- Acc Jurnal- Lengkapi SOP- Lembar Observasi- Alat Ukur	
	<ul style="list-style-type: none">- Acc judul- Latar belakang hanya 3 lembar- Perbaiki tujuan khusus- Tambahkan penelitian terkait	
	<ul style="list-style-type: none">- Konsul aspek kelolaan- Perbaiki pengobatan terakhir dibuat obat pertiga hari- Balance cairan dibuat perdelapan jam- Perbaiki analisa data	

EFEKTIFITAS PENERAPAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK DALAM MENURUNKAN RESPON CEMAS PADA PASIEN NSTEMI

Priska Firanda¹, Chrisyen Damanik², Arifudin Riyadi³

¹Mahasiswa Program Profesi Ners, STIKES Wiyata Husada Samarinda, Jl. Kadrie Oneng no 77,
Kalimantan Timur

e-mail: priska.firanda@gmail.com

²Dosen, STIKES Wiyata Husada Samarinda, Jl. Kadrie Oneng no 77,
Kalimantan Timur

³Pembimbing Klinik, RSUD Abdul Wahab Sjahranie, Jl. Palang Merah No. 1,
Samarinda, Kalimantan Timur

Abstrak

Kecemasan merupakan salah satu emosi yang paling menimbulkan stress yang dirasakan oleh banyak orang. Kadang-kadang kecemasan juga disebut dengan ketakutan atau perasaan gugup. Setiap orang pasti pernah mengalami kecemasan pada saat-saat tertentu, dan dengan tingkat yang berbeda-beda. Tindakan keperawatan pada pasien dengan cemas difokuskan pada aspek psikologis, salah satunya dengan komunikasi terapeutik yang merupakan suatu pengalaman bersama antara perawat dan klien yang bertujuan untuk menyelesaikan masalah yang dialami klien. Tujuan penelitian ini untuk menurunkan kecemasan dan meningkatkan rasa nyaman pasien selama menjalani perawatan. Penelitian menggunakan metode komunikasi, dengan pengukuran hasil menggunakan skor HARS. Setelah dilakukan penerapan intervensi komunikasi terapeutik menunjukkan bahwa terjadi penurunan kecemasan dari cemas sangat berat sekali menjadi tidak ada kecemasan. Hal ini dapat dilihat dari adanya penurunan pada skor HARS dari 50 menjadi 7, dengan ini dapat disimpulkan bahwa komunikasi terapeutik dapat menurunkan kecemasan pada pasien NSTEMI.

Kata Kunci : NSTEMI, Komunikasi Terapeutik, Cemas.

Pendahuluan

Penyakit jantung dan pembuluh darah merupakan salah satu masalah kesehatan utama di negara maju maupun negara berkembang. Penyakit ini menjadi penyebab nomor satu kematian di dunia setiap tahunnya. Pada tahun 2008 diperkirakan sebanyak 17,3 juta kematian disebabkan oleh penyakit kardiovaskuler. Lebih dari 3 juta kematian tersebut terjadi sebelum usia 60 tahun. Terjadinya kematian dini yang disebabkan oleh penyakit jantung berkisar sebesar 4% di negara berpenghasilan tinggi, dan 42% terjadi di negara berpenghasilan rendah. Penyakit kardiovaskuler adalah suatu kelainan yang disebabkan oleh terjadinya penyempitan dan hambatan arteri yang mengalirkan darah ke otot jantung, apabila penyempitan ini menjadi parah dapat menimbulkan serangan jantung (Dasna, 2014). Hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2018 menunjukkan bahwa di Indonesia sebesar 1,5% atau 15 dari 1.000 penduduk Indonesia menderita PJK. Jika dilihat dari penyebab kematian tertinggi di Indonesia, menurut Survey Sample Registration System tahun 2014 menunjukkan 12,9% kematian akibat Penyakit Jantung Koroner (Riskesdas 2018).

Berdasarkan data yang di dapatkan selama tiga bulan terakhir

di ruang ICCU (Intensive Cardiac Care Unit) di RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda jumlah pasien yang memiliki penyakit jantung koroner NSTEMI (*Non Segment Elevation Myocardial Infarction*) adalah sebanyak 21 orang. Sindrom koroner akut merupakan bagian dari penyakit jantung koroner dimana yang termasuk dalam SKA adalah suatu keadaan gawat darurat jantung dengan manifestasi klinik berupa perasaan tidak enak didada atau gejala-gejala lain sehingga akibat dari iskemia miokard. Sindrom Koroner Akut adalah istilah untuk tanda-tanda klinis dan gejala iskemia miokard: angina tidak stabil, non ST segmen elevasi infark miokard, dan elevasi ST segmen infark myocard. Sindrom Koroner Akut merupakan satu dari tiga penyakit pembuluh darah arteri koroner, yaitu: STEMI, non STEMI dan unstable angina pectoris. (mulyadi., 2015).

Komunikasi merupakan suatu proses karena melalui komunikasi seseorang menyampaikan dan mendapatkan respon. Komunikasi dalam hal ini mempunyai dua tujuan, yaitu: mempengaruhi orang lain dan untuk mendapatkan informasi. Akan tetapi, komunikasi dapat digambarkan sebagai komunikasi yang memiliki kegunaan atau berguna (berbagi informasi, pemikiran, perasaan) dan komunikasi yang tidak memiliki kegunaan atau tidak

berguna (menghambat/blok penyampaian informasi atau perasaan). Komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang mendorong proses penyembuhan klien (Depkes RI, 1997).

Kecemasan merupakan salah satu emosi yang paling menimbulkan stress yang dirasakan oleh banyak orang. Kadang-kadang kecemasan juga disebut dengan ketakutan atau perasaan gugup. Setiap orang pasti pernah mengalami kecemasan pada saat-saat tertentu, dan dengan tingkat yang berbeda-beda. Hal tersebut mungkin saja terjadi karena individu merasa tidak memiliki kemampuan untuk menghadapi hal yang mungkin menimpanya dikemudian hari. Dalam teori Behavior dijelaskan bahwa kecemasan muncul melalui classical conditioning, artinya seseorang mengembangkan reaksi kecemasan terhadap hal-hal yang telah pernah dialami sebelumnya dan reaksi-reaksi yang telah dipelajari dari pengalamannya (Bellack & Hersen, 1988).

Berdasarkan data dan fenomena yang ditemukan, maka disusunlah Karya Ilmiah Akhir-Ners (KIA-N) ini yang lebih lanjut akan menguraikan pengelolaan dan asuhan keperawatan pasien NSTEMI di ruang ICCU RSUD Abdul Wahab Sjahranie.

Konsep Kecemasan pada Sindrom Koroner Akut (NSTEMI)

Adapun masalah keperawatan yang sering muncul pada pasien Sindrom Koroner Akut adalah kecemasan. Cemas adalah respon terhadap situasi tertentu yang mengancam, dan merupakan hal yang normal terjadi menyertai perkembangan, perubahan, pengalaman baru atau yang belum pernah dilakukan, serta dalam menemukan identitas diri dan arti hidup. Cemas adalah reaksi yang dapat dialami siapapun. Namun cemas yang berlebihan, apalagi yang sudah menjadi gangguan akan menghambat fungsi seseorang dalam kehidupannya. Cemas merupakan suatu perasaan subjektif mengenai ketegangan mental yang menggelisahkan sebagai reaksi umum dari ketidakmampuan mengatasi suatu masalah atau tidak adanya rasa aman. Perasaan yang tidak menentu tersebut pada umumnya tidak menyenangkan

yang nantinya akan menimbulkan atau disertai perubahan fisiologis dan psikologis (Kholil Lur Rochman, 2010).

Namora Lumongga Lubis (2009) menjelaskan bahwa kecemasan adalah tanggapan dari sebuah ancaman nyata ataupun khayal. Individu mengalami kecemasan karena adanya ketidakpastian dimasa mendatang. Kecemasan dialami ketika berfikir tentang sesuatu tidak menyenangkan yang akan terjadi. Sedangkan Siti Sundari (2004) memahami kecemasan sebagai suatu keadaan yang menggoncangkan karena adanya ancaman terhadap kesehatan.

Nevid Jeffrey S, Rathus Spencer A, & Greene Beverly (2005) memberikan pengertian tentang kecemasan sebagai suatu keadaan emosional yang mempunyai ciri keterangsangan fisiologis, perasaan tegang yang tidak menyenangkan, dan kekhawatiran bahwa sesuatu yang buruk akan terjadi. Kecemasan adalah rasa khawatir , takut yang tidak jelas sebabnya. Kecemasan juga merupakan

kekuatan yang besar dalam menggerakkan tingkah laku, baik tingkah laku yang menyimpang ataupun yang terganggu. Keduanya merupakan pernyataan, penampilan, penjelmaan dari pertahanan terhadap kecemasan tersebut (Singgih D. Gunarsa, 2008). Kesimpulan yang dapat diambil dari beberapa pendapat diatas bahwa kecemasan adalah rasa takut atau khawatir pada situasi tertentu yang sangat mengancam yang dapat menyebabkan kegelisahan karena adanya ketidakpastian dimasa mendatang serta ketakutan bahwa sesuatu yang buruk akan terjadi.

Hasil

Rencana intervensi keparawatan yang dilakukan untuk mengatasi masalah penurunan curah jantung adalah tujuan umum dari intervensi yang diberikan yaitu menurut (NIC) tahun 2013 yaitu dengan menggunakan pendekatan yang menenangkan, menyatakan dengan jelas harapan terhadap pelaku pasien, menjelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur, menemani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi takut, memberikan informasi faktual mengenai

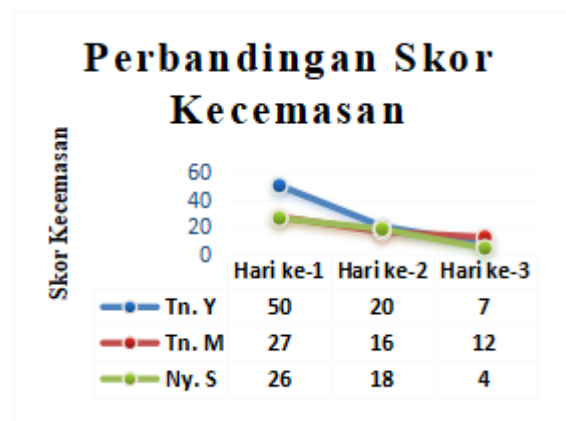
diagnosis, tindakan prognosis, melibatkan keluarga untuk mendampingi klien, menginstruksikan pada pasien untuk menggunakan tehnik relaksasi, mendengarkan dengan penuh perhatian, mengidentifikasi tingkat kecemasan, membantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan, mendorong pasien untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan, persepsi.

Impelmentasi yang dilakukan pada pasien agar psikologis pasien lebih baik yaitu membuat pasien nyaman dengan kehadiran perawat, memonitor tanda-tanda vital seperti tekanan darah, nadi, status pernapasan ,suhu tubuh dengan tepat sebelum dan setelah perubahan posisi , Memonitor tekana darah , denyut nadi, pernafasan selama , sebelum dan setelah beraktivitas.

Setelah dilakukan tindakan selama 3 hari , masalah penurunan tingkat kecemasan dapat dilakukan eveluasi sesuai dengan target waktu intervensi. Hasil evaluasi intervensi yang telah dilakukan terkait masalah penurunan curah jantung. Evaluasi subjektif yang didapatkan yaitu pasien mengatakan badab sudah mulai enakkan, sudah dapat beraktivitas

atau bergerak ke kamar mandi. duduk dan berbaring. Evaluasi objektif didapatkan Td: 124/80mmhg, HR ; 86x/m , SPO2 100%, dapat beraktifitas dengan mandiri sesuai kebutuhan. Rencana tindak lanjut yang perlu dilakukan untuk mengatasi masalah penurunan curah jantung yaitu pertahankan kepatenan akses selang iv, monitor gas darah arteri , level serum serata urin (elektrolit jika diperlukan), monitor pola napas , monitor intake dan output, monitor kehilangan asam

(missal: muntah, diare, dan diuresis) beri pengobatan yang sudah diresepkan dengan cara yang tepat dan berikan terapi oksigen dengan tepat. Monitor tanda-tanda vital



Pembahasan

Pada pengkajian Tn. Y di dapatkan pasien mengalami kecemasan cukup berat, didapatkan hasil pemeriksaan fisik dengan tanda-tanda vital tekanan darah 133/91 mmhg,

frekuensi pernapasan 22x/menit, frekuensi nadi 100x/menit, dan suhu tubuh 36,7°C, Pasien mengatakan pada hari minggu tanggal 25 November 2019 jam 07.00 pagi, pasien mengeluh nyeri dada sebelah kiri hilang timbul, sesak nafas, badan lemas, perut terasa penuh kembung, lalu pasien langsung dilarikan ke IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie. Pasien menyatakan punya riwayat Hipertensi. Dirumah pasien minum obat dari dokter berupa Nitrokaf 5 mg 2x1, Amlodipine 10 mg 1x1 dan Spirola 25 mg 1x1. dengan tanda-tanda vital TD 133/91, SPO2 97%, RR 22x/i dan dirujuk ke RSUD Abdul Wahab Sjahranie di IGD keluhan dada masih terasa nyeri, nafas terasa sesak apabila terlalu banyak bergerak, pasien mempunyai riwayat tekanan darah tinggi dan tidak pernah dilakukan pembedahan.

Setelah mendapatkan tindakan atau perawatan di instalasi gawat darurat, pasien langsung dipindahkan ke ruang ICCU RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda untuk mendapatkan perawatan lebih intensif terkait dengan sakitnya. Hasil dari pengkajian penulis didapatkan keadaan pasien tampak kelelahan dan menutup diri.

Pada infark yang tanpa gejala nyeri, sesak nafas merupakan tanda adanya disfungsi ventrikel kiri yang

bermakna, sianosis, penurunan perfusi jaringan, peningkatan aktivitas vagal menyebabkan mual dan muntah, sesak, dan kelelahan fisik yang berat. Manifestasi klinis yang sering ditemukan pada pasien di ruang perawatan jantung intensif adalah sesak atau dyspnea, nyeri yang khas berhubungan dengan kondisi iskemia otot jantung intervensi kardiologi serta kelelahan yang diakibatkan karena ketidakmampuan jantung untuk memenuhi kebutuhan oksigen jaringan, sehingga tubuh melakukan kompensasi dengan meningkatkan heart rate (HR) dan respirasi rate (HR),kesulitan untuk tidur, dan orang yang pilek akan mengalami masalah pernafasan sehingga sulit untuk tidur (*Kozier, Erb, Berman & Snyder, 2004*). Pasien diberikan terapi komunikasi terapeutik.

Komunikasi terapeutik adalah suatu pengalaman bersama antara perawat dan klien yang bertujuan untuk menyelesaikan masalah klien. Pada tahap ini perawat menggali perasaan dan mengidentifikasi kelebihan dan kekurangannya. Pada tahap ini perawat juga mencari informasi tentang klien. Kemudian perawat merancang strategi untuk pertemuan pertama dengan klien. Tahap ini harus dilakukan oleh seorang perawat untuk memahami dirinya, mengatasi kecemasannya, dan meyakinkan dirinya bahwa dia siap untuk berinteraksi dengan klien (Suryani, 2005).

Penelitian ini sejalan dengan Penelitian yang dilakukan oleh Zainun, Prof. Suwardi Lubis, Prof. Lahmuddin Lubis, dalam penelitiannya yang berjudul "The Use of Therapeutic Communication Symbol to Motivate Patient's Healing". Kesimpulan yang diperoleh dari penelitian di atas adalah penelitian dengan menggunakan metode deskriptif pada pendekatan kualitatif yang dimaksudkan dalam disertasi ini untuk menggambarkan secara rinci tentang pelaksanaan komunikasi terapeutik yang dilakukan oleh petugas kesehatan dalam memotivasi penyembuhan pasien di rumah sakit jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem Medan.

Simpulan

Hasil analisa penerapan terapi komunikasi terapeutik menunjukkan bahwa terjadi perubahan skor kecemasan pada Tn. Y dengan diagnosa mendis Sindrom Koroner Akut (NSTEMI).

Ucapan Terima Kasih Terimakasih kepada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda melalui lembaga penelitian di Ruang ICCU Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie Samarinda serta program Studi Ners yang telah memeberikan kesempatan untuk dapat

mempublikasikan karya ilmiah ini.

Refrensi

- American Heart Association (2012a). *Coronary Artery Disease–The ABCs of CAD*. <http://www.heart.org>
- Andarmoyo, S. (2012). *Basic Human Needs (Oxygenation)*. Yogyakarta : Graha Science
- Antono D & Ismail D. (2006). Penyakit Vaskuler Perifer. Dalam Sudoyo, et al. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Ed IV. Jakarta: Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam FK UI.
- Bavry Anthony A, Bhatt DeepakL. (2009). *Acute Coronary Syndromes in Clitical Practice. 1st Edition*. P. 1-2.
- Beldon P. (2010). *Performing a Doppler assesment: The Procedure. Wound Essentials. Volume 5: 87-90*.
- Black JM. & Hawks JH. (2009). *Medical-Surgical Nursing: Clinical menegement for positive out comes*. 8Th Edition. Singapore: Elsevier-Saunders.
- Brunner dan Suddarth. (2010). *Textbook Of Medical-Surgical Nursing*. Edisi 12. Philadelphia : Lippincott.
- Cardiovascular Disease Statistic. (2015). *British Heart Foundation Center on Population Approaches for Non Communicable Diisease Prevention. Nuffield Departemen of Population Healt*, University of Oxford. British Heart Foundation.
- Coven, D.L. (2013). *Acute Coronary Syndrom. Medascape Reference*, <http://www.emedicine.medscape.com>, di preroleh tanggal 22 November 2018
- Crawford MH. (2003). *Current Diagnosis & Treatment in Cardioogy*. Second

- Edition. USA: The Mc Graw-Hill Companies, Inc.
- Depkes RI (2008). *Laporan hasil riset kesehatan dasar tahun 2007*. Jakarta: Badan Litbangkes.
- Doengoes, Marylin E. 2000. *Rencana Asuhan Dan Dokumentasi Keperawatan*. Edisi 3. Jakarta : EGC.
- Dorland (2007). *Dorland's medical Dictionary for Health Consumers*. <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com>
- Hamm, C.W. et al. *ESC Guidelines for the Management of the Management of Acute Coronary Syndromes in Patients Presenting Without Persistent ST-Segment Elevation*. *European Heart Journal*. Vol. 32,2999-3054.
- Herdman, T.H. (2012). *Diagnosa Keperawatan : Definisi dan Klasifikasi*. Jakarta : EGC.
- Kozier dan Erb. (2009). *Buku Ajar Praktik Keperawatan Klinis*. Edisi 5. Jakarta : EGC.
- Lemone , P. dan Burke, R. (2008). *Medical Surgical Nursing : Critical Thinking in Client Care (4th Ed)*. USA : Pearson Prentice Hall.
- Majid, A. (2008). *Penyakit Jantung Koroner : Patofisiologi, pencegahan, dan pengobatan Terkini*. Universitas Sumatra Utara, USU e-Repository.
- Mangoenprasodjo, A.S. dan Hidayati.S.N. (2005). *Terapi Alternatif Gaya Hidup Sehat*. Yogyakarta : Pradipta Publishing.
- Marzlin, K., Webner, C. (2012). *Acute Coronary Syndrom (ACS) : Evidence Based Trends and Treatmen*, <http://www.cardionursing.com>, diperoleh tanggal 22 november 2018.
- Muttaqin, Arif. 2009. *Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler*. Jakatra : Salemba Medika
- Myrtha, R. (2012). *Patofisiologi Sindrom Koroner Akut*. *Cermin Dunia Kedokteran*, Vol.39 (4), 261-264.
- Nenk, 2009. *Asuhan Keperawatan Arteri koroner*. Jakarta : DJAMBATAN
- Perry & Potter. (2005). *Fundamental keperawatan : konsep, proses, dan praktik*. Jakarta : EGC.
- Potter, P.A. dan Perry, A.G. (2009). *Fundamental Of Nursing*. Buku 3 Edisi 7. Jakarata : Salemba Medika.
- Pramana,W. (2011). *Portofolio Kasus II : Sindroma Koroner Akut*. RSUD Ungaran.
- Riset Kesehatan Dasar. (2013). *Badan penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI 2013*.
- Santoso, M. dan Setiawan, T. (2005). *Penyakit Jantung Koroner*. *Cermin Dunia Kedokteran*, No. 147,5-9.
- Safitri, R. & Andriyani, A. (2011). *Keefektifan pemberian posisi semi fowler terhadap penurunan sesak nafas pada pasien asma di ruang rawat inap kelas III RSUD dr. Moewardi Surakarta*. *GASTER*, Volume VIII, No 2. Diperoleh dari <http://www.stikes-aisyiyah.ac.id/index.php/gaster/article/view/29/26> pada 25 November 2018.
- Sudoyo,S.dkk. (2010). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam jilid II*. Edisi V. Jakarta : Interna Publishing.
- Supandi,E.,Nurachmah,&Mamunuah. (2008). *Hubungan analisa posisi tidur semi fowler dengan kualitas tidur pada klien gagal jantung di RSUD Banyumas Jawa Tengah*. *Jurnal Kebidanan dan Keperawatan*, Volume IV No 2 Hal 97-108. Diperoleh dari <http://isjd.pdii.lipi.go.id/index.php/Search.html?act=tampil&id=608993&idc=24>, diperoleh tanggal 25 November 2018.
- Suparmi, E., Nurachmah, &Mamnuah. (2008). *Panduan Praktik KEPERAWATAN Kebutuhan Dasar Manusia*. Yogyakarta : Citra Aji Parama.
- Winnipeg Regional Health Authority. (2008). *Emergency department susupect ACS care map standards document and charting guidelines*.

World Health Organisation. (2013).
Cardiovascular disease (CVDs),
http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/HeartFailure/AboutHeartFailure/Classes-of-Heart-Failure_UCM_306328_Article.jsp, di peroleh tanggal 22
November 2018